

Verfahrensbeschreibung zum Zahlstellen-Meldeverfahren vom 11. Mai 2023 gültig ab 1. Januar 2024

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeine Vorbemerkungen.....	2
1.1	Ermittlung der zuständigen Krankenkasse	2
2	Meldevorgänge der Zahlstelle.....	3
2.1	Vorabbescheinigung	3
2.2	Bewilligung/Beginn des VB	4
2.3	Meldungen von Leistungen der betrieblichen Altersversorgung.....	6
2.3.1	Erläuterung des Begriffs „Betriebsrente“	6
2.3.2	Kennzeichnungspflicht bei Zahlung einer Betriebsrente	6
2.3.3	Kennzeichnungspflicht bei Leistungsanteilen, die kein Versorgungsbezug sind	6
2.3.4	Freibetrag bei der Krankenversicherung	7
2.4	Kennzeichnungspflicht bei Waisenleistungen.....	14
2.5	Angabe zum Anspruch auf Beihilfe	14
2.6	Stornierung von Meldungen.....	15
2.7	Korrektur von Meldungen.....	15
2.8	Änderung des laufenden VB	15
2.9	Schlüsselwechsel des laufenden VB	17
2.10	Ende des laufenden VB	18
2.11	Änderung der Kommunikationsdaten	19
3	Rückmeldungen der Annahmestelle	19
4	Meldevorgänge der Krankenkassen	20
4.1	Rückmeldung zur Vorabbescheinigung	21
4.2	Rückmeldung zu Bewilligung/Beginn des laufenden VB	21
4.2.1	Meldung des maximal beitragspflichtigen Versorgungsbezuges (VBmax)	22
4.2.2	Feststellung des Anspruchs auf Freibetrag bei Leistungen der betrieblichen Altersversorgung	23
4.3	Stornierung von Meldungen.....	23
4.4	Korrektur von Meldungen.....	24
4.5	Änderung zum laufenden VB	24
4.6	Ende Meldeverpflichtung zum laufenden VB.....	25
4.6.1	Ende Meldeverpflichtung zum laufenden VB an bisherige Krankenkasse wegen Kassenwechsels	26
4.6.2	Änderung zum laufenden VB wegen Krankenkassenfusion.....	26
4.6.3	Änderung zum laufenden VB wegen Endes der gesetzlichen Rente	26
4.6.4	Ende Meldeverpflichtung zum laufenden VB wegen Endes der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung	26
4.6.5	Ende Meldeverpflichtung zum laufenden VB wegen Tod	26
5	Fehlermanagement – Dialog zwischen Krankenkassen und Zahlstellen außerhalb des ZMV	27
6	Ermittlung einer Versicherungsnummer durch die Zahlstelle	27
7	Gesonderte Absendernummer.....	27
8	Glossar	28

1 Allgemeine Vorbemerkungen

Die Verfahrensbeschreibung soll den Zahlstellen als Handlungshilfe für die Teilnahme am Zahlstellen-Meldeverfahren (ZMV) dienen. Dies gilt für jede Zahlstelle (ZS) von Versorgungsbezügen (VB) mit mindestens einem Versorgungsbezugsempfänger (VBE), der in der gesetzlichen Kranken-/Pflegeversicherung Pflicht-, Freiwillig- oder Familien-Versicherter ist.

Maßgeblich für die ZMV-Meldungen sind die gesetzlichen Grundlagen, die "Grundsätze zum Zahlstellen-Meldeverfahren nach § 202 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch" sowie diese Verfahrensbeschreibung.

Inhaltliche Veränderungen zur vorherigen Version der Verfahrensbeschreibung sind im Text unterstrichen.

Eine Meldung im ZMV bezieht sich immer auf einen Versorgungsbezug und nicht auf den Versorgungsbezugsempfänger. Dabei wird der Versorgungsbezug stets durch eine Schlüsselkombination gekennzeichnet. Durch Angabe dieser Ordnungskriterien ist eine differenzierte Übermittlung mehrerer Versorgungsbezüge sowohl bei einer Zahlstelle als auch bei unterschiedlichen Zahlstellen möglich. Der VB wird im Verfahren durch folgende Schlüsselkombination gekennzeichnet:

- Versicherungsnummer (VSNR) des VBE (DSVZ/VSNR),
- Betriebsnummer der für den VBE zuständigen Krankenkasse (DSVZ/BBNRKK),
- Zahlstellennummer (DSVZ/BBNRVU) und
- Aktenzeichen des VB bei der Zahlstelle (DSVZ/AZVU).

Auch wenn das AZVU grundsätzlich von der Zahlstelle vergeben wird, ist bei der Vergabe darauf zu achten, dass dieses Schlüsselfeld den Versorgungsbezug sowohl bei der Zahlstelle als auch in den Fällen des Mehrfachbezuges bei den Krankenkassen eindeutig identifiziert. Bei mehreren VB einer Zahlstelle (dies gilt für zeitgleich wie auch zeitlich nacheinander gelagerte laufende VB sowie Kapitalleistungen) muss jeder VB ein unterschiedliches AZVU erhalten. Nur über dieses eindeutige Zeichen kann auch die Krankenkasse die Meldungen dem jeweiligen VB getrennt zuordnen. Insbesondere ist zu beachten, dass dieses Schlüsselfeld keine sich laufend änderbaren Inhalte enthält (zum Beispiel den Abrechnungsmonat).

Änderungen im AZVU sind stets über eine Ende-Meldung mit dem bisherigen AZVU und einer Beginn-Meldung mit dem neuen AZVU vorzunehmen.

Die Meldung eines als Kapitalleistung (als Einmal- oder Ratenzahlung) vereinbarten VB wird im ZMV nicht von der einer Kapitalisierung eines laufenden VB unterschieden. Bei der Kapitalisierung ist jedoch eine zusätzliche Meldung zur Auswirkung auf den laufenden VB erforderlich. Zusätzliche Einmalzahlungen (Sonderzahlungen) zu laufenden VB werden ebenfalls als laufende betrachtet, wodurch sich deren Höhe sowohl im Monat der Einmalzahlung als auch dem darauffolgenden ändert.

Die Zahlstelle kann einen Dienstleister beauftragen, für sie den ZMV-Dialog Zahlstelle/Krankenkassen durchzuführen. Nachfolgend wird daher neutral „Meldestelle“ verwendet, wenn es die Zahlstelle selbst oder ihr Dienstleister sein kann.

Beim ZMV-Dialog Zahlstelle/Krankenkassen ist immer die für die Krankenkasse zuständige Annahmestelle auszuwählen. Die Annahmestelle prüft die ihr zur Weiterleitung übermittelten Daten. Stellt sie für sie erkennbare Fehler fest, erhält der Absender entsprechende Informationen und die gesamte Datei oder einzelne Meldungen werden zurückgewiesen – die Weiterleitung unterbleibt.

1.1 Ermittlung der zuständigen Krankenkasse

Die zuständige Krankenkasse ist von der Zahlstelle beim Versorgungsbezugsempfänger zu erfragen. Sie kann mit dem Abrechnungsprogramm oder einer elektronischen Ausfüllhilfe unter Angabe der ermittelten VSNR beim GKV-Spitzenverband in elektronischer Form abgefragt werden. Ein elektronischer Abruf ist zulässig, sofern hierzu trotz vorheriger Aufforderung des Anspruchsberechtigten / Leistungsbeziehers keine oder nur unvollständige Angaben vorliegen. Ist eine zuständige Krankenkasse feststellbar, übermittelt der GKV-Spitzenverband diese in elektronischer Form innerhalb von 24 Stunden.

Sofern eine Meldung an eine unzuständige Krankenkasse erstattet wird, erhält die Zahlstelle von der unzuständigen Krankenkasse eine Meldung mit dem Abgabegrund „3 = unzuständige Krankenkasse“. Auf

Grundlage dieser Rückmeldung hat die Zahlstelle die an die unzuständige Krankenkasse abgegebene Meldung zu stornieren und die Meldung an die zuständige Krankenkasse abzugeben.

2 Meldevorgänge der Zahlstelle

Als Abgabegründe sind für die Zahlstellen im Verfahren vorgesehen (DBZK/GD)

- 1 = Bewilligung/Beginn des Versorgungsbezugs,
- 2 = Änderung des laufenden Versorgungsbezugs,
- 3 = Ende des laufenden Versorgungsbezugs,
- 5 = Vorabbescheinigung (optionales Verfahren).

Jede Meldung der Zahlstelle muss aus dem Datensatz „Datenaustausch Zahlstellen/Krankenkassen“ (DSVZ) mit den angefügten Datenbausteinen „Meldung der Zahlstelle an die Krankenkasse“ (DBZK), „Name“ (DBNA), „Geburtsangaben“ (DBGA) und „Anschrift“ (DBAN) bestehen.

2.1 Vorabbescheinigung

Vor der erstmaligen Bewilligung eines laufenden VB kann die Zahlstelle in Form einer sogenannten „Vorabbescheinigung“ die Daten zum Beginn des VB an die Krankenkasse übersenden, um von ihr eine Meldung über das bestehende Versicherungsverhältnis und zur grundsätzlichen Beitragspflicht zu erhalten. Nach Vorliegen der Rückmeldung der Krankenkasse zur Vorabbescheinigung führt die Zahlstelle die Bewilligung des VB durch und errechnet die tatsächliche Höhe der Leistung. Anschließend folgt die Meldung über die Bewilligung/ den Beginn des VB (vgl. Abschnitt 2.2).

Bei der Vorabbescheinigung handelt es sich um ein optionales Verfahren. Ungeachtet der Vorabbescheinigung muss stets eine Meldung mit GD = 1 „Bewilligung/Beginn des VB“ erfolgen. Die Vorabbescheinigung ist mit dem Grund (DBZK/GD) = „5“ an die für den VBE zuständige Krankenkasse zu melden.

Die VSNR des Versorgungsbeziehers ist mit dem Abrechnungsprogramm oder einer elektronischen Ausfüllhilfe vor Abgabe der ersten Meldung bei der Datenstelle der Rentenversicherung (DSRV) elektronisch abzufragen. Eine manuelle Eingabe der VSNR (zum Beispiel auf Grundlage der Angabe in einem Erhebungsbogen) in das Abrechnungsprogramm ist grundsätzlich nicht mehr zulässig.

Eine Ausnahme besteht, sofern im Einzelfall die DSRV keine VSNR zurückmeldet. In diesen Fällen hat der Versorgungsbezieher den Versicherungsnummernnachweis der Zahlstelle vorzulegen. In diesen Fällen erfolgt eine manuelle Eingabe der VSNR auf Grundlage des Versicherungsnummernnachweises.

Sofern die DSRV im Einzelfall keine VSNR zurückmeldet und auch kein Versicherungsnummernnachweis vorgelegt werden kann, ist die Vorabbescheinigung ohne VSNR abzugeben. In diesen Fällen erhält die Zahlstelle die VSNR mit der Rückmeldung der Krankenkasse zur Feststellung der Beitragsabführungspflicht. Wenn die VSNR bekannt wird, braucht die Meldung mit GD = „5“ nicht nochmals erstattet zu werden.

Die Vorabbescheinigung ist nur für die Meldung von laufenden VB – nicht bei Kapitalleistungen oder Kapitalisierungen - zulässig. Das Beginndatum des VB (DBZK/VBBG) ist das des grundsätzlichen Anspruchsbeginns, unabhängig davon, wann die erste Zahlung erfolgt.

Das Endedatum laufender VB (DBZK/VBEN) muss auf Grundstellung bleiben (= „00000000“), auch wenn zum Zeitpunkt der Meldung „Vorabbescheinigung“ das Ende eines laufenden VB bereits bekannt ist.

Da die Höhe des laufenden VB bei Erstellung der Vorabbescheinigung nicht relevant ist, muss das Feld auf Grundstellung bleiben (= „00000000“).

Die Datenfelder zur Kapitalleistung bleiben auf Grundstellung.

Die Datenbausteine „Name“ (DBNA), „Geburtsangaben“ (DBGA) und „Anschrift“ (DBAN) müssen jeder Meldung mit GD = „5“ angefügt sein.

Wurde eine Meldung mit GD = „5“ irrtümlich abgegeben und von der Annahmestelle nicht zurückgewiesen, muss sie durch eine Stornierungsmeldung (siehe Abschnitt 2.3) mit GD = „5“ widerrufen werden.

Wurde eine Meldung mit GD = „5“ fehlerhaft abgegeben und von der Annahmestelle nicht zurückgewiesen, ist sie durch eine Änderungsmeldung mit GD = „2“ nicht korrigierbar, sondern muss durch Stornierung der ursprünglichen Meldung (siehe Abschnitt 2.3) und Neumeldung korrigiert werden; führte der Fehler zu einer Rückweisung durch die Annahmestelle, ist lediglich die korrigierte Neumeldung erforderlich.

2.2 Bewilligung/Beginn des VB

Bewilligung/Beginn steht im ZMV nicht nur für den erstmaligen Zeitpunkt, sondern bei laufenden VB auch für eine Wiederaufnahme nach vorherigem Wegfall und bei einem VB-Schlüsselwechsel (siehe „Allgemeine Vorbemerkungen“) für den Fortsetzungsbeginn mit dem neuen Schlüssel (siehe „Schlüsselwechsel des laufenden VB“).

Die Bewilligung/ der Beginn eines VB muss mit dem Grund (DBZK/GD) = „1“ an die für den VBE zuständige Krankenkasse gemeldet werden.

Die VSNR des Versorgungsbeziehers ist mit dem Abrechnungsprogramm oder einer elektronischen Ausfüllhilfe vor Abgabe der ersten Meldung bei der Datenstelle der Rentenversicherung (DSRV) elektronisch abzufragen. Eine manuelle Eingabe der VSNR (zum Beispiel auf Grundlage der Angabe in einem Erhebungsbogen) in das Abrechnungsprogramm ist grundsätzlich nicht mehr zulässig.

Eine Ausnahme besteht, sofern im Einzelfall die DSRV keine VSNR zurückmeldet. In diesen Fällen hat der Versorgungsbezieher den Versicherungsnummernnachweis der Zahlstelle vorzulegen. In diesen Fällen erfolgt eine manuelle Eingabe der VSNR auf Grundlage des Versicherungsnummernnachweises.

Sofern die DSRV im Einzelfall keine VSNR zurückmeldet und auch kein Versicherungsnummernnachweis vorgelegt werden kann, ist die Beginn-Meldung ohne VSNR abzugeben. In diesen Fällen erhält die Zahlstelle die VSNR mit der Rückmeldung der Krankenkasse zur Feststellung der Beitragsabführungspflicht. Wenn die VSNR bekannt wird, braucht die Meldung mit GD = „1“ nicht nochmals erstattet zu werden.

Das Beginndatum des VB (DBZK/VBBG) ist bei einem laufenden VB das des Anspruchsbeginns, unabhängig davon, wann die erste Zahlung erfolgt. Bei einer Kapitaleistung oder Kapitalisierung ist es der Zeitraumbeginn, der auch in dem Feld „Zeitraumbeginn der Kapitaleistung“ (DBZK/KAPZRBG) gemeldet werden muss. Das Beginndatum darf – ausgehend vom Erstelldatum der Meldung (DSVZ/ED) – in der Vergangenheit, im Erstellmonat oder in einem der drei Folgemonate liegen.

Das Endedatum laufender VB (DBZK/VBEN) muss leer bleiben (= „00000000“). Auch wenn zum Zeitpunkt der Meldung „Bewilligung/Beginn“ das Ende eines laufenden VB bereits bekannt ist, muss es mit einer separaten Meldung „Ende“ (vgl. Abschnitt 2.8) übermittelt werden.

Bei einem laufenden VB muss als Höhe laufender VB (DBZK/VBBETR) der Bruttobetrag in Euro und Cent gemeldet werden, der auf den Beginnmonat entfällt, auch wenn die Zahlung in anderen Zyklen erfolgt (zum Beispiel quartalsweise). Fällt im Beginnmonat nur ein monatsanteiliger VB an, da der Beginn nicht der Monatserste ist, muss dennoch der Bruttobetrag für einen vollen (Folge)Kalendermonat gemeldet werden. Dabei werden Versorgungsbezüge gemeldet, die nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V als solche definiert sind. Die unter § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstaben a bis d SGB V genannten Bezüge sind nicht zu melden.

Die Höhe laufender VB ist unabhängig von einer Beitragspflicht zu melden, die sich aus der Anwendung der Freigrenze, des Freibetrags, des Vbmax und der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) ergibt.

Hinweis zur Begrenzung des Zahlbetrags auf die BBG:

Grundsätzlich sind Versorgungsbezüge nur bis zur Höhe der BBG zu melden. In Abgrenzung hierzu sind Leistungen der betrieblichen Altersversorgung ungeachtet der monatlichen BBG in unbegrenzter Höhe zu melden, damit die Krankenkassen die Anwendung des Freibetrags prüfen und feststellen können.

Bei Bewilligung/Beginn einer Kapitalleistung oder der Kapitalisierung eines laufenden VB müssen der Zeitpunkt der Auszahlung, der Beginn und das Ende des Zeitraums sowie die Höhe der Kapitalleistung gemeldet werden.

Zeitpunkt der Auszahlung (DBZK/KAPPAUSBG) ist das entsprechende Tagesdatum, bei Ratenzahlung das der ersten Rate.

Zeitraumbeginn und -ende sind die entsprechenden Tagesdaten (DBZK/KAPZRBG und /KAPZREN) als Angabe für den normalerweise 120monatigen Zeitraum. In Fällen, in denen Versorgungsbezüge für einen Zeitraum von weniger als zehn Jahren abgefunden und anschließend laufend gezahlt werden, kann die Abfindung nur auf den entsprechend kürzeren Zeitraum verteilt werden.

Als Höhe der Kapitalleistung (DBZK/KAPBETR) muss der Bruttobetrag, unabhängig von der Beitragspflicht, in Euro und Cent gemeldet werden. Es muss immer der Gesamtbetrag gemeldet werden, auch wenn die Auszahlung in Raten erfolgt.

Bei der Gesamtkapitalisierung eines laufenden VB müssen für diesen „Ende“ und für die Kapitalleistung „Bewilligung/Beginn“ gemeldet werden.

Bei der Teilkapitalisierung eines laufenden VB müssen für dessen „Höhe laufender VB“ die „Änderung“ und für die Kapitalleistung „Bewilligung/Beginn“ gemeldet werden. Da damit zwei VB eines VBE parallel geführt werden, müssen sie durch das Aktenzeichen bei der Zahlstelle (DSVZ/AZVU) unterschieden werden.

Die Datenbausteine „Name“ (DBNA), „Geburtsangaben“ (DBGA) und „Anschrift“ (DBAN) müssen jeder Meldung mit GD = „1“ angefügt sein.

Wurde eine Meldung mit GD = „1“ irrtümlich abgegeben und von der ANNAHMESTELLE nicht zurückgewiesen, muss sie durch eine Stornierungsmeldung (siehe Abschnitt 2.3) mit GD = „1“ widerrufen werden.

Wurde eine Meldung mit GD = „1“ fehlerhaft abgegeben und von der ANNAHMESTELLE nicht zurückgewiesen, ist sie durch eine Änderungsmeldung mit GD = „2“ nicht korrigierbar, sondern muss durch Stornierung der ursprünglichen Meldung und Neumeldung korrigiert werden; führte der Fehler zu einer Rückweisung durch die ANNAHMESTELLE, ist lediglich die korrigierte Neumeldung erforderlich.

Zum Start des ZMV-Dialogs Zahlstelle/Krankenkassen dürfen nur die VB mit GD = „1“ gemeldet werden, für die Bewilligung/Beginn im Startmonat liegt. Wird zum Start nicht die dafür vorgesehene „Pseudo-Änderungsmeldung“ verwendet (siehe „Änderung der Kommunikationsdaten“), müssen die anderen laufenden VB als Bestand mit GD = „4“ gemeldet werden (siehe „Bestand“), um die Interpretation als zusätzliche VB bei den Krankenkassen zu vermeiden.

2.3 Meldungen von Leistungen der betrieblichen Altersversorgung

2.3.1 Erläuterung des Begriffs „Betriebsrente“

Eine Leistung der betrieblichen Altersversorgung wird nachstehend als Betriebsrente bezeichnet. Hierunter fallen alle laufenden und einmaligen Leistungen der betrieblichen Altersversorgung, die aus Anlass eines früheren Beschäftigungsverhältnisses gewährt werden. Umfasst sind Leistungen der Altersversorgung als auch Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgungen.

Ferner gehören hierzu die Zusatzversorgungsleistungen im öffentlichen Dienst einschließlich der kirchlichen Altersversorgung, die hüttenknappschaftliche Zusatzversorgung sowie Leistungen der Zusatzversorgungskasse und des Zusatzversorgungswerkes für Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft.

2.3.2 Kennzeichnungspflicht bei Zahlung einer Betriebsrente

Zahlstellen haben in allen Meldungen, die für Meldezeiträume ab dem 1. Januar 2020 abgegeben werden, im Feld Art Versorgungsbezug (ART VB) das Kennzeichen 5 anzugeben, sofern eine Betriebsrente gezahlt wird. Dies gilt für laufende und für einmalige gezahlte Versorgungsbezüge sowie ungeachtet der Tatsache, ob ein Einfachbezug oder Mehrfachbezug vorliegt und ob eine Beitragsabführungspflicht der Zahlstelle besteht.

2.3.3 Kennzeichnungspflicht bei Leistungsanteilen, die kein Versorgungsbezug sind

Leistungsanteile aus Altersvorsorgevermögen nach § 92 EStG („betriebliche Riesterrete“) oder die der Versorgungsbezieher nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses als alleiniger Versicherungsnehmer aus nicht durch den Arbeitgeber finanzierten Beiträgen erworben hat („Privatanteil“), sind nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 zweiter Halbsatz SGB V kein Versorgungsbezug und nicht im zu meldenden Zahlbetrag zu berücksichtigen.

Allerdings sind derartige Leistungsanteile bei gesetzlich freiwillig krankenversicherten Betriebsrentner als sonstige beitragspflichtige Einnahme bei der Ermittlung der Beitragshöhe zu berücksichtigen. Zudem sind derartige Leistungsanteile bei krankenversicherungspflichtigen Betriebsrentnern zu berücksichtigen, sofern diese einen Antrag auf Befreiung von der Zuzahlungspflicht nach § 62 Absatz 1 SGB V bei der Krankenkasse stellen aufgrund des Überschreitens der entsprechenden Belastungsgrenze.

Vor diesem Hintergrund hat die Zahlstelle in den Meldungen an die Krankenkasse im Kennzeichen ANTAUS (anteiliger Ausschlussstatbestand) anzugeben, ob in der Betriebsrente ein Leistungsanteil im vorgenannten Sinne enthalten ist, der kein Versorgungsbezug darstellt

Beispiel 1

Betriebsrente in Höhe von 1.200,00 EUR

darin enthalten ein Leistungsanteil aus Altersvorsorgevermögen nach § 92 EStG in Höhe von: 200,00 EUR

Zahlstelle	Zeitraum ab	VB	ART VB	ANTAUS
Beginn-Meldung	01.09.2024	1.000,00 EUR	5	JA

Beispiel 2

Betriebsrente in Höhe von 950 EUR

darin enthalten ein sogenannter Privatanteil: 350,00 EUR

Zahlstelle	Zeitraum ab	VB	ART VB	ANTAUS
Beginn-Meldung	01.09.2024	600 EUR	5	JA

Wird wie in den Beispielen dargestellt in der Meldung der Zahlstelle angegeben, dass ein anteiliger Leistungsanteil vorhanden ist (Feld ANTAUS = JA), wird die Höhe des Zahlbetrags des Leistungsanteils von der Krankenkasse außerhalb des Zahlstellen-Meldeverfahrens ermittelt, sofern dies zur vollständigen Feststellung der beitragspflichtigen Einnahme eines freiwillig versicherten Mitglieds oder zur Prüfung eines Antrags auf Zuzahlungsbefreiung erforderlich ist.

Die Angabe ist bei allen Meldungen erforderlich, sofern eine Betriebsrente gezahlt wird. Aufgrund des vorgenannten Erfüllungszwecks besteht die Kennzeichnungspflicht ungeachtet des gesetzlichen Krankenversicherungsstatus.

Basiert eine Betriebsrente allein auf dem Altersvermögen nach § 92 EStG, stellt diese Leistung in voller Höhe keinen Versorgungsbezug dar. In diesen Fällen entstehen keine Meldepflichten.

Ausnahmeregel für Bestandsfälle

Um ein erhöhtes Meldevolumen im Verfahren zu vermeiden, sind bei Betriebsrenten, die über den 31.12.2023 hinaus gezahlt werden, keine Änderungsmeldungen zum 01.01.2024 allein aus Anlass der Angabe des Kennzeichens ANTAUS vorzunehmen. Die Kennzeichnungspflicht entsteht insoweit erstmalig mit Abgabe der nächsten Meldung.

2.3.4 Freibetrag bei der Krankenversicherung

Bei Betriebsrenten ist seit dem 1. Januar 2020 ein Freibetrag in Höhe von einem Zwanzigstel der mtl. Bezugsgröße zu berücksichtigen, sofern diese gegebenenfalls zusammen mit weiteren Versorgungsbezügen und/oder Arbeitseinkommen die Freigrenze¹ überschreiten.

Der Freibetrag findet nur bei der Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge Berücksichtigung. Bei der Berechnung der Pflegeversicherungsbeiträge findet der Freibetrag keine Berücksichtigung.

Der Freibetrag ist stets vom Zahlbetrag abzuziehen; dies gilt auch, sofern der Zahlbetrag über der Beitragsbemessungsgrenze liegt.

Zu beachten ist, dass der Freibetrag kein statischer Wert ist, sondern zum 01.01. eines jeden Jahres angepasst wird. Der Freibetrag beträgt 1/20 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV. Die Bezugsgröße wird jährlich neu bestimmt und mit der SV-Rechengrößen-Verordnung im Bundesgesetzblatt veröffentlicht.

Der jeweils gültige Freibetrag ist der ITSG-Beitragssatzdatei und ab dem 01.07.2024 der elektronischen Stammdatendatei nach § 98a Absatz 1 SGB IV zu entnehmen; dort werden auch alle Freibeträge ab dem Kalenderjahr 2020 in Form einer Historie abgebildet. Softwareersteller von Abrechnungsprogrammen haben nach § 95b Absatz 1 SGB IV die Stammdatendatei zu nutzen.

Berücksichtigung des Freibetrags bei einem Einfachbezug (laufender Versorgungsbezug)

Bezieht das Mitglied nur eine laufende Betriebsrente (Einfachbezug), hat die Zahlstelle den Freibetrag im Rahmen der Beitragsabrechnung zu berücksichtigen, sofern für die Zahlstelle eine Beitragsabführungspflicht besteht. Es erfolgt in den Meldungen der Krankenkassen keine Feststellung zur Anwendung des Freibetrags.

Ob das Mitglied einen Einfachbezug hat, ergibt sich aus der Angabe im Kennzeichen Mehrfachbezug (KENNZMFB) in der Meldung der Krankenkasse.

Um Rückrechnungen zu vermeiden, ist es zulässig, bei der erstmaligen Gewährung der Betriebsrente den Freibetrag bis zur Rückmeldung der Krankenkasse vorläufig zu gewähren.

Die Berücksichtigung eines veränderten Freibetrags ist kein Meldeanlass und insoweit der Krankenkasse nicht zu melden.

Sofern keine Beitragsabführungspflicht besteht, prüft die Krankenkasse den Anspruch auf den Freibetrag und wird diesen gegebenenfalls im Beitragsbescheid berücksichtigen. Eine Rückmeldung der Krankenkasse erfolgt in diesen Fällen nicht. Dies gilt auch, sofern das Mitglied eine einmalig gezahlte Betriebsrente erhält.

¹ Beiträge aus Versorgungsbezügen sind nur zu zahlen, sofern die Freigrenze überschritten wird.

Berücksichtigung des Freibetrags bei einem Mehrfachbezug (laufender Versorgungsbezug)

Bezieht das Mitglied

- mehrere laufende Betriebsrenten,
- mehrere einmalig gezahlte Betriebsrenten,
- eine laufende Betriebsrente und eine einmalig gezahlte Betriebsrente,
- eine laufende Betriebsrente und einen laufenden/einmalig gezahlten anderen Versorgungsbezug,
- eine laufende/einmalig gezahlte Betriebsrente und Arbeitseinkommen,

ist der Status „Mehrfachbezug“ erfüllt und die Krankenkasse trifft die Entscheidung, ob und inwiefern ein Freibetrag zu berücksichtigen ist.

Ob das Mitglied einen Mehrfachbezug hat, ergibt sich aus der Angabe im Kennzeichen Mehrfachbezug (KENNZMFB) in der Meldung der Krankenkasse.

Sofern eine Beitragsabführungspflicht für die Zahlstelle besteht, ist in der Rückmeldung der Krankenkasse die Feststellung enthalten, ob und inwiefern die Zahlstelle ein Freibetrag zu berücksichtigen hat. Diese Feststellung ergibt sich aus den Angaben im Feld Kennzeichen Freibetrag (KENNZFB).

Hierbei sind folgende Angaben möglich:

Kennzeichen Freibetrag NEIN (KENNZFB 1)

Die Zahlstelle hat den Freibetrag im Rahmen der Beitragsabrechnung nicht zu berücksichtigen.

In diesen Fällen wird der Freibetrag bei einer anderen laufenden oder einmaligen Betriebsrente gewährt (der Freibetrag gilt pro Versorgungsbezieher und nicht für jeden Zahlbetrag).

Kennzeichen Freibetrag JA (KENNZFB 2)

Die Zahlstelle hat den vollen Freibetrag im Rahmen der Beitragsabrechnung zu berücksichtigen.

Änderungen in der Höhe des Freibetrages (Anpassung zum 01.01.) hat die Zahlstelle eigenständig zu berücksichtigen. Die Berücksichtigung eines veränderten Freibetrags ist kein Meldeanlass und der Krankenkasse nicht zu melden.

Zudem wird auch die Krankenkasse bei einer Veränderung des Freibetrags (allein aus Anlass der jährlichen Anpassung der Bezugsgröße zum 01.01.) keine Änderungsmeldung der Zahlstelle übermitteln.

Kennzeichen Freibetrag ANTEILIG (KENNZFB 3)

Sofern nur ein anteiliger Freibetrag zu berücksichtigen ist, erfolgt in der Meldung der Krankenkasse die zusätzliche Angabe eines Eurocent-Betrages im Feld Freibetrag (FB).

Dies werden regelmäßig Fallkonstellationen sein, in denen aufgrund der geringen Zahlbetragshöhe mindestens einer Betriebsrente die Gewährung des Freibetrags auf mehrere Betriebsrenten verteilt wird.

Die Zahlstelle hat diesen anteiligen Freibetrag im Rahmen der Beitragsabrechnung zu berücksichtigen.

Bei anteiligen Freibeträgen erfolgt nach der jährlichen Anpassung der Bezugsgröße ggf. von der Krankenkasse eine Änderungsmeldung mit einem neu zu gewährenden anteiligen Freibetrag im Feld FB.

Die Standardprozesse zu diesem Meldedialog werden nachfolgend beschrieben. Grundlagen der Prozessbeschreibungen sind eine Freigrenze in Höhe von 169,75 EUR und ein Freibetrag in Höhe von 169,75 EUR (Werte des Jahres 2023).

Beispiel 1 Mehrfachbezug - Standardfall

Zahlstelle 1	Zeitraum ab	VB	ART VB
Beginn-Meldung	01.02.2023	500,00	5

Zahlstelle 2	Zeitraum ab	VB	ART VB
Beginn-Meldung	01.02.2023	300,00	5

Zahlstelle 1	ZR	KENNZABF	KENNZMFB	KENNZFB	FB
Rückmeldung	01.02.2023	JA	JA	JA	-
Zahlstelle 2	ZR	KENNZABF	KENNZMFB	KENNZFB	FB
Rückmeldung	01.02.2023	JA	JA	NEIN	-

Der Freibetrag wird nur bei einem Versorgungsbezug berücksichtigt; es erfolgt keine Aufteilung. Die Krankenkasse entscheidet, welche Zahlstelle den Freibetrag anzuwenden hat.

Es erfolgt keine zusätzliche Angabe des Freibetrags im Feld FB. Die Zahlstelle muss Änderungen in der Höhe des Freibetrags (zum 01.01.) selbständig berücksichtigen.

Beispiel 2
Mehrfachbezug – geringer Zahlbetrag der Betriebsrenten (insgesamt über Freigrenze)

Zahlstelle 1	Zeitraum ab	VB	ART VB
Beginn-Meldung	01.02.2023	80,00	5
Zahlstelle 2	Zeitraum ab	VB	ART VB
Beginn-Meldung	01.02.2023	70,00	5
Zahlstelle 3	Zeitraum ab	VB	ART VB
Beginn-Meldung	01.02.2023	60,00	5

Zahlstelle 1	Zeitraum ab	KENNZABF	KENNZMFB	KENNZFB	FB
Meldung KK	01.02.2023	JA	JA	JA	-
Zahlstelle 2	Zeitraum ab	KENNZABF	KENNZMFB	KENNZFB	FB
Meldung KK	01.02.2023	JA	JA	JA	-
Zahlstelle 3	Zeitraum ab	KENNZABF	KENNZMFB	KENNZFB	FB
Meldung KK	01.02.2023	JA	JA	ANTEILIG	<u>19,75</u>

Der Anspruch auf einen Freibetrag entsteht, weil die Betriebsrenten insgesamt die Freigrenze überschreiten. Aufgrund der geringen Zahlbetragshöhe der Betriebsrenten wird die Berücksichtigung des Freibetrags auf drei Zahlstellen verteilt.

Hierbei erfolgt **keine anteilmäßige Aufteilung** des Freibetrags im Verhältnis der Zahlbeträge zueinander (analog § 22 Abs. 2 SGB IV). Die Krankenkassen werden die Zahlbeträge nacheinander ausschöpfen.

Die Krankenkasse trifft die Entscheidung nach eigenem Ermessen, welche Zahlstelle den Freibetrag in welcher Höhe zu berücksichtigen hat.

Beispiel 3
Mehrfachbezug - geringer Zahlbetrag der Betriebsrenten (insgesamt unter Freigrenze)

Zahlstelle 1	Zeitraum ab	VB	ART VB
Beginn-Meldung	01.02.2023	60,00	5
Zahlstelle 2	Zeitraum ab	VB	ART VB
Beginn-Meldung	01.02.2023	80,00	5

Zahlstelle 1	Zeitraum ab	KENNZABF	KENNZMFB	KENNZFB	FB
Meldung KK	01.02.2023	JA	JA (GB)	NEIN	-
Zahlstelle 2	Zeitraum ab	KENNZABF	KENNZMFB	KENNZFB	FB
Meldung KK	01.02.2023	JA	JA (GB)	NEIN	-

Der Anspruch auf einen Freibetrag entsteht nicht, weil die Betriebsrenten insgesamt die Freigrenze nicht überschreiten.

Es verbleibt wie bislang in diesen Fällen bei der grundsätzlichen Feststellung der Beitragsabführungspflicht durch die Krankenkasse. Damit ist sichergestellt, dass die Zahlstelle Beiträge aus der Betriebsrente abführt, sofern die Freigrenze durch einen Einmalbezug überschritten wird.

In diesen Fällen würde die Krankenkasse auf Grundlage der Änderungsmeldung gegenüber der Zahlstelle eine Feststellung zur Anwendung des Freibetrags treffen und eine entsprechende Änderungsmeldung abgeben, sofern zu diesem Zeitpunkt weiterhin ein Mehrfachbezug besteht.

Beispiel 4
Mehrfachbezug - Unterschiedliche Versorgungsbezugsarten

Zahlstelle 1	Zeitraum ab	VB	ART VB
Beginn-Meldung	01.02.2023	300,00	5
Zahlstelle 2	Zeitraum ab	VB	ART VB
Beginn-Meldung	01.02.2023	500,00	0

Zahlstelle 1	Zeitraum ab	KENNZABF	KENNZMFB	KENNZFB	FB
Meldung KK	01.02.2023	JA	JA	JA	-
Zahlstelle 2	Zeitraum ab	KENNZABF	KENNZMFB	KENNZFB	FB
Meldung KK	01.02.2023	JA	JA	-	-

Die Krankenkasse trifft eine Feststellung zur Anwendung des Freibetrags auch, sofern bei einem Mehrfachbezug nur eine einzige Betriebsrente gewährt wird. Damit wird sichergestellt, dass Zahlstellen in allen Fällen des Mehrfachbezugs von den Krankenkassen eine Aussage zum Freibetrag erhalten.

Beispiel 5
Mehrfachbezug - Unterschiedliche Versorgungsbezugsarten, Betriebsrente < Freibetrag

Zahlstelle 1	Zeitraum ab	VB	ART VB
Beginn-Meldung	01.02.2023	100,00	5
Zahlstelle 2	Zeitraum ab	VB	ART VB
Beginn-Meldung	01.02.2023	500,00	0

Zahlstelle 1	Zeitraum ab	KENNZABF	KENNZMFB	KENNZFB	FB
Meldung KK	01.02.2023	JA	JA	JA	-
Zahlstelle 2	Zeitraum ab	KENNZABF	KENNZMFB	KENNZFB	FB
Meldung KK	01.02.2023	JA	JA	-	-

Der Freibetrag kann nur anteilig in Höhe des Zahlbetrags Berücksichtigung finden (100,00 EUR). Ungeachtet dessen trifft die Krankenkasse nur die Feststellung über dem Anspruch dem Grunde nach im KENNZFB. Es wird kein Zahlbetrag im Feld FB angegeben.

Hierdurch werden weitere Meldungen der Krankenkasse vermieden zum Beispiel bei einer Dynamisierung des Zahlbetrags oder bei Erhöhung des Freibetrags. Dies bedeutet, dass in diesen Konstellationen die Zahlstelle 1 eigenständig die konkrete Höhe des zu berücksichtigenden Freibetrages festzustellen hat.

Beispiel 6
Mehrfachbezug – Betriebsrenten über der BBG

Ermittlung VBmax durch Krankenkasse		Anwendung Freibetrag durch Zahlstelle 1	
BBG (2023)	4.987,50 EUR	Betriebsrente:	5.450,00 EUR
Rente	1.000,00 EUR	Freibetrag:	169,75 EUR
VBmax	3.987,50 EUR		5.280,25 EUR
Beitragspflichtige Betriebsrente Pflegeversicherung Zahlstelle 1: 3.987,50 EUR		Aufgrund der Höhe des Zahlbetrags wirkt sich der Freibetrag nicht aus. Beitragspflichtige Betriebsrente Krankenversicherung Zahlstelle 1: 3.987,50 EUR	

Zahlstelle 1	Zeitraum ab	VB	ART VB
Beginn-Meldung	01.02.2023	5.450,00	5
Zahlstelle 2	Zeitraum ab	VB	ART VB
Beginn-Meldung	01.02.2023	1.500,00	5

Zahlstelle 1	Zeitraum ab	KENNZABF	Vbmax	KENNZMFB	KENNZFB	FB
Meldung KK	01.02.2023	JA	3.987,50	JA	JA	-
Zahlstelle 2	Zeitraum ab	KENNZABF	Vbmax	KENNZMFB	KENNZFB	FB
Meldung KK	01.02.2023	NEIN	-	-	-	-

Der Freibetrag ist von der Zahlstelle 1 eigenständig zu ermitteln und vom Zahlbetrag abzuziehen.

Aufgrund der Höhe des Zahlbetrags führt in diesem Fall dazu, dass sich der Freibetrag **nicht** mindernd auf die Beitragszahlung auswirkt. Die Betriebsrente in Höhe von 5.450 EUR beträgt nach Abzug des Freibetrags 5.280,25 EUR.

Für die Berechnung der KV- und PV-Beiträge ist der VBmax in Höhe von 3.987,50 EUR heranzuziehen.

Beispiel 7
Mehrfachbezug über BBG – anteiliger Anspruch auf Freibetrag

Ermittlung VBmax durch Krankenkasse für Zahlstelle 2:		Anwendung Freibetrag durch Zahlstelle 2	
BBG:	4.987,50 EUR	Betriebsrente:	1.787,50 EUR
Rente	1.000,00 EUR	Freibetrag:	169,75 EUR
VB Zahlstelle 1	2.000,00 EUR		1.617,75 EUR
VBmax	1.687,50 EUR		
Beitragspflichtige Betriebsrente Pflegeversicherung Zahlstelle 2: 1.687,50 EUR		Beitragspflichtige Betriebsrente Krankenversicherung Zahlstelle 2: 1.617,75 EUR	

Zahlstelle 1	Zeitraum ab	VB	ART VB
Beginn-Meldung	01.02.2023	2.000,00	5
Zahlstelle 2	Zeitraum ab	VB	ART VB
Beginn-Meldung	01.02.2023	1.787,50	5

Zahlstelle 1	Zeitraum ab	KENNZABF	Vbmax	KENNZMFB	KENNZFB	FB
Meldung KK	01.02.2023	JA	000000	JA	NEIN	-
Zahlstelle 2	Zeitraum ab	KENNZABF	Vbmax	KENNZMFB	KENNZFB	FB
Meldung KK	01.02.2023	JA	1.687,50	JA	JA	-

Der Freibetrag ist von der Zahlstelle 2 vom Zahlbetrag der Betriebsrente abzuziehen.

Danach beträgt der beitragspflichtige Teil der Betriebsrente für die Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge 1.617,75 EUR.

Dessen ungeachtet beträgt der beitragspflichtige Teil der Betriebsrente für die Berechnung der Pflegeversicherungsbeiträge 1.687,50 EUR; der VBmax gilt in diesem Fall nur für die Beiträge zur Pflegeversicherung.

Zu diesem Zweck bleibt der Freibetrag bei der Angabe der Höhe des VBmax in den Meldungen der Krankenkassen unberücksichtigt.

Berücksichtigung des Freibetrags bei Kapitalleistungen und Kapitalabfindungen

Erhält das Mitglied eine Kapitalleistung oder eine Kapitalabfindung, prüft die Krankenkasse auf Grundlage der abgegebenen Beginn-Meldung mit dem Kennzeichen 5 im Feld ART VB, ob ein Anspruch auf den Freibetrag besteht und wird diesen ggf. in ihrem Beitragsbescheid berücksichtigen.

Eine Rückmeldung der Krankenkasse erfolgt in diesen Fällen – wie bislang – nicht.

Beispiel 8 Hinzutritt eines laufenden Versorgungsbezugs zu einer Kapitalleistung

Zahlstelle 1	Zeitraum ab	VB	ART VB
Beginn-Meldung	01.02.2023 – 31.01.2033	25.000,00	5
Zahlstelle 2	Zeitraum ab	VB	ART VB
Beginn-Meldung	01.07.2023	850,00	5

Zahlstelle 2	ZR	KENNZABF	KENNZMFB	KENNZFB	FB
Meldung KK	01.07.2023	JA	JA	NEIN	-

Der Freibetrag wird durch die Krankenkasse bei der Kapitalleistung berücksichtigt.

Hinweis: Nach Ablauf des 10-Jahreszeitraums wäre der Freibetrag beim laufenden Versorgungsbezug zu berücksichtigen. Zum 01.02.2033 wäre von der Krankenkasse eine Änderungsmeldung abzugeben.

Zahlstelle 2	ZR	KENNZABF	KENNZMFB	KENNZFB	FB
Meldung KK	01.02.2033	JA	JA	JA	-

Beispiel 9 Hinzutritt einer Kapitalleistung zu einem laufenden Versorgungsbezug

Zahlstelle 1	Zeitraum ab	VB	ART VB
Beginn-Meldung	01.02.2023	950,00	5
Zahlstelle 2	Zeitraum ab	VB	ART VB
Beginn-Meldung	01.07.2023 – 30.06.2033	20.000,00	5

Zahlstelle 1	ZR	KENNZABF	KENNZMFB	KENNZFB	FB
Meldung KK	01.02.2023	JA	NEIN	-	-
Meldung KK	01.07.2023	JA	JA	JA	-

Zunächst handelt es sich um einen Einfachbezug; die Krankenkasse trifft keine Entscheidung zum Freibetrag in ihrer Rückmeldung für den Zeitraum ab 01.02.2023 gegenüber der Zahlstelle; diese hat den Freibetrag eigenständig zu prüfen und festzustellen.

Durch den Hinzutritt der Kapitalleistung besteht ab dem 01.07.2023 ein Mehrfachbezug; die Krankenkasse hat eine Feststellung zur Anwendung des Freibetrags zu treffen.

Damit die Zahlstelle keine (rückwirkenden) Korrekturen vorzunehmen muss, wird der Freibetrag weiterhin beim laufenden Versorgungsbezug berücksichtigt.

Insoweit erfolgt in der Änderungsmeldung der Krankenkasse (Änderung des Status Einfachbezug/Mehrfachbezug) die Feststellung KENNZFB JA.

2.4 Kennzeichnungspflicht bei Waisenleistungen

Bei Personen, die aufgrund des Bezugs einer Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer Waisenleistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung der Kranken- und Pflegeversicherungspflicht unterliegen, sind diese Leistungen bis zum Erreichen der Altersgrenze für die Familienversicherung von Kindern beitragsfrei.

Sofern zeitgleich eine

- Waisenleistung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften,
- eine Waisenrente aus der Alterssicherung der Landwirte nach § 15 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte (ALG)

bezogen wird, sind diese Leistungen ebenfalls beitragsfrei.

Für die landwirtschaftliche Krankenversicherung gilt eine abweichende Regelung. Hiernach ist bei Personen, die eine Waisenrente nach § 15 ALG beziehen, diese Leistung bis zum Erreichen der Altersgrenze für die Familienversicherung von Kindern beitragsfrei. Sofern neben dieser Leistung zeitgleich eine Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung, eine Waisenleistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung oder eine Waisenleistung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften bezogen wird, sind diese Leistungen ebenfalls beitragsfrei.

Für die Feststellung der Beitragsabführungspflicht durch die Krankenkasse haben Zahlstellen in Meldungen insoweit anzugeben, ob es sich um eine

- Waisenleistung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften (§ 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V),
- Waisenleistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung (§ 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V),
- Waisenrente nach § 15 ALG (§ 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V),

handelt. Die Angabe erfolgt mit dem Kennzeichen WAISENLE (Waisenleistung).

Die differenzierte Angabe der Waisenleistungsart ist erforderlich, da wie zuvor beschrieben abhängig vom konkreten Lebenssachverhalt eine Beitragsfreiheit für die gewährte Waisenleistung nur eintritt, sofern und solange diese zeitgleich mit einer anderen Waisenleistung oder Waisenrente bezogen wird.

Waisenleistungen der betrieblichen Altersversorgung im Sinne von § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V sind hingegen nicht in den Meldungen zu kennzeichnen.

Ausnahmeregel für Bestandsfälle

Um ein erhöhtes Meldevolumen im Verfahren zu vermeiden, sind bei Waisenleistungen, die über den 31.12.2023 hinaus gezahlt werden, keine Änderungsmeldungen zum 01.01.2024 allein aus Anlass der Angabe des Kennzeichens WAISENLE vorzunehmen. Die Kennzeichnungspflicht entsteht insoweit erstmalig mit Abgabe der nächsten Meldung.

2.5 Angabe zum Anspruch auf Beihilfe

Zur Feststellung der Beitragsabführungspflicht durch die Krankenkasse bezogen auf die Pflegeversicherungsbeiträge hat die Zahlstelle in den Meldungen anzugeben, ob der VBE einen Anspruch auf Beihilfe hat, sofern die Zahlstelle hierüber Kenntnis hat. Bei Unkenntnis zum Beihilfeanspruch ist dies in der Meldung zu kennzeichnen (KENNZ-BEIHILFE = Unbekannt). Bei dieser Angabe wird die Krankenkasse von Amts wegen einen etwaigen Anspruch auf Beihilfe prüfen.

Sofern ein Beihilfeanspruch gegeben ist, wird die Krankenkasse dies in der Meldung an die Zahlstelle bezogen auf den Pflegeversicherungsbeitrag im Feld KENNZ-BEITR-ABFUEHR-PFLICHT mit der Kennziffer

4 darstellen. Die Zahlstelle hat bei dieser Angabe nur den halben Pflegeversicherungsbeitrag zu berücksichtigen.

Bei einem Mehrfachbezug stellt die Krankenkasse systemseitig sicher, das nachvollziehbar ist, welcher Versorgungsbezug der beihilfebegründende Bezug ist.

2.6 Stornierung von Meldungen

Irrtümlich oder mit fehlerhaftem Inhalt abgegebene Meldungen, die nicht von der Annahmestelle zurückgewiesen wurden und der Krankenkasse zugegangen sind, müssen storniert werden. Als zugegangen gilt die Meldung der Zahlstelle in analoger Anwendung von § 97 Absatz 3 Satz 2 SGB IV, sobald die meldende Stelle von der Annahmestelle eine Weiterleitungsbestätigung erhalten hat.

Die Stornierung einer bereits abgegebenen Meldung wird im ZMV nicht durch einen eigenen Meldegrund gekennzeichnet. Bei Stornierung einer bereits übermittelten Meldung ist der DSVZ mit dem DBZK und den ursprünglich übermittelten Daten, im Feld DSVZ/ED mit dem aktuellen Datum und im Feld DBZK/KENNZST mit dem Kennzeichen „Stornierung einer bereits abgegebenen Meldung = J“ in der aktuellen Version zu übermitteln. Sofern sich auf Grund von Veränderungen – z. B. in der Höhe des laufenden VB – Korrekturnotwendigkeiten ergeben, ist (sind) im Wege der Aufrollung die bereits übermittelte(n) Meldung(en) zu stornieren. Dies bedeutet, dass alle Zeiten nach der vorzunehmenden Änderung zu stornieren und ggf. neu zu melden sind. Soweit sich zwischenzeitlich Veränderungen in den Schlüsselfeldern (vgl. Abschnitt 2.6) ergeben haben, sind diese grundsätzlich mit den neuen Werten zu übermitteln.

Eine irrtümlich oder fehlerhaft abgegebene Stornierungsmeldung kann selbst nicht durch eine neuerliche Stornierungsmeldung storniert werden.

Wurde eine Stornierungsmeldung irrtümlich abgegeben und von der Annahmestelle nicht zurückgewiesen, muss sie durch eine inhaltsgleiche Neumeldung widerrufen und damit der ursprüngliche Meldestand wiederhergestellt werden; lediglich das Stornokennzeichen (DBZK/KENNZST) muss = „N“ und der Erstellzeitpunkt (DSVZ/ED) aktuell sein.

Als irrtümlich abgegeben ist eine Stornierungsmeldung zu werten, die - bis auf Stornokennzeichen und Erstellzeitpunkt - eine inhaltsgleiche vorausgegangene Meldung betrifft.

Wurde eine Stornierungsmeldung fehlerhaft abgegeben und von der Annahmestelle nicht zurückgewiesen, ist sie selbst nicht korrigierbar. Es muss erwartet werden, dass die Krankenkasse die fehlerhafte Stornierungsmeldung als solche erkennt und nicht berücksichtigt. Es muss lediglich die korrigierte Stornierungsneumeldung erfolgen.

Als fehlerhaft abgegeben ist eine Stornierungsmeldung zu werten, die über Stornokennzeichen und Erstellzeitpunkt hinaus keine inhaltsgleiche vorausgegangene Meldung betrifft.

2.7 Korrektur von Meldungen

Die Korrektur einer Meldung ist im ZMV kein eigener Meldegrund. Als Korrektur wird die Stornierung und Neumeldung einer zuvor irrtümlich oder mit fehlerhaftem Inhalt abgegebenen Meldung verstanden.

2.8 Änderung des laufenden VB

Als Änderung ist im ZMV zu verstehen, dass zuvor gemeldete änderbare Daten zu einem laufenden VB bis zum Änderungsvortrag bestehen bleiben, damit enden und ab dem Änderungstag (DBZK/VBAEN) mit neuem Inhalt gelten. Soll der vorherige Inhalt für die Vorzeit nicht bestehen bleiben, ist dafür keine Änderung, sondern eine Stornierung der ursprünglichen Meldung (vg. Abschnitt 2.3) und eine korrigierte Neumeldung erforderlich. Änderungen zu Kapitalleistung oder Kapitalisierung sind ebenfalls nur als Korrektur durch Stornierung- und Neumeldung möglich.

Änderbar sind

- im Datenbaustein „Meldung der Zahlstelle an die Krankenkasse“ (DBZK) die Felder „Kennzeichen Beihilfe“ (KENNZBEIH) und „Höhe laufender VB“ (VBBETR),

- im Datenbaustein „Name“ (DBNA) alle Felder,
- im Datenbaustein „Anschrift“ (DBAN) alle Felder.

Nicht änderbar sind

- im Datensatz „Datenaustausch Zahlstellen/Krankenkassen“ (DSVZ) alle Felder
- im Datenbaustein „Meldung der Zahlstelle an die Krankenkasse“ (DBZK) alle Felder außer „Kennzeichen Beihilfe“ (KENNZBEIH) und „Höhe laufender VB“ (VBBETR)
- im Datenbaustein „Geburtsangaben“ (DBGA) alle Felder.

Daraus ergibt sich, dass auch der Schlüssel eines VB aus

- Zahlstellennummer (DSVZ/BBNRVU),
- Aktenzeichen des VB bei der Zahlstelle (DSVZ/AZVU),
- Versicherungsnummer des VBE (DSVZ/VSNR) und
- Betriebsnummer der für den VBE zuständigen Krankenkasse (DSVZ/BBNRKK)

nicht änderbar ist. Ergibt sich zum Schlüssel eine Änderung, sind dafür eine Endmeldung mit GD = „3“ mit dem bisherigen Schlüssel und eine Meldung „Bewilligung/Beginn“ mit GD = „1“ mit dem neuen Schlüssel erforderlich (vgl. Abschnitte 2.6 und 8.6).

Erforderliche Änderungen eines laufenden VB müssen mit dem Grund (DBZK/GD) = „2“ an die für den VBE zuständige Krankenkasse gemeldet werden.

Bei der Änderung eines VB ist die Versicherungsnummer des VBE anzugeben. Ist zum Zeitpunkt der Änderungsmeldung das Aktenzeichen des VB, das die Krankenkasse dafür verwendet, bekannt, muss es in die Meldung aufgenommen werden (DSVZ/AZKK).

Das Beginndatum des VB muss leer bleiben (DBZK/VBBG = „00000000“) oder dem der vorangegangenen Meldung mit GD = „1“ entsprechen. Das Beginndatum ist selbst nicht änderbar. Wurde es bei der Meldung mit GD = „1“ falsch angegeben, muss es durch eine Stornierung der ursprünglichen Meldung (siehe Abschnitt 2.3) und Neumeldung korrigiert werden. Wird bei der Änderung das Beginndatum des VB mit gemeldet, darf der Beginn – ausgehend vom Erstelldatum der Meldung (DSVZ/ED) – nur in der Vergangenheit, im Erstellmonat oder in einem der drei Folgemonate liegen.

Das Endedatum des laufenden VB muss leer bleiben (DBZK/VBEN = „00000000“). Es ist selbst nicht änderbar und muss immer mit einer separaten Meldung (siehe „Ende“) übermittelt werden. Wurde es bei der Meldung mit GD = „3“ falsch angegeben, muss dies durch eine Stornierung der ursprünglichen Meldung (siehe Abschnitt 2.3) und Neumeldung korrigiert werden.

Das Änderungsdatum des laufenden VB (DBZK/VBAEN), ab dem die gemeldete Änderung wirksam ist, muss nach dem Beginndatum des VB liegen. Es ist selbst nicht änderbar. Wurde es bei einer Meldung mit GD = „2“ fehlerhaft angegeben, muss dies durch Stornierung der ursprünglichen Meldung (siehe Abschnitt 2.3) und Neumeldung korrigiert werden. Muss eine Meldung mit GD = „1“ geändert werden, muss dies durch Storno der ursprünglichen Meldung und Neumeldung korrigiert werden.

Als Höhe laufender VB (DBZK/VBBETR) muss der Bruttobetrag in Euro und Cent gemeldet werden, der auf den Änderungsmonat entfällt, auch wenn die Zahlung in anderen Zyklen erfolgt (zum Beispiel quartalsweise). Fällt im Änderungsmonat ein aus zeitlichen Anteilen zusammengesetzter VB an, da die Änderung nicht zum Monatsersten erfolgt, muss dennoch der Bruttobetrag für einen vollen (Folge)Kalendermonat gemeldet werden. Zusätzliche Einmalzahlungen (Sonderzahlungen) zu laufenden VB werden ebenfalls als laufende betrachtet, wodurch sich deren Höhe sowohl im Monat der Einmalzahlung als auch dem darauffolgenden ändert. Dabei werden stets Versorgungsbezüge gemeldet, die nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 SGB V als solche definiert sind. Die unter § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstaben a bis d SGB V genannten Bezüge sind nicht zu melden.

Die Höhe laufender VB ist unabhängig von einer Beitragspflicht zu melden, die sich aus der Anwendung der Freigrenze, des Freibetrags, des Vbmax und der BBG ergibt.

Hinweis zur Begrenzung des Zahlbetrags auf die BBG:

Grundsätzlich sind Versorgungsbezüge nur bis zur Höhe der BBG zu melden. In Abgrenzung hierzu sind Leistungen der betrieblichen Altersversorgung ungeachtet der monatlichen BBG in unbegrenzter Höhe zu melden, damit die Krankenkassen die Anwendung des Freibetrags prüfen und feststellen können.

Die Felder zu Kapitalleistung und Beitrag zur KV und zur PV müssen leer bleiben (DBZK/KAPxxxx und /BEITRxx = „0“), da Kapitalleistung und Beiträge nicht änderbar sind. Wurden sie fehlerhaft übermittelt, muss dies durch Stornierung der ursprünglichen Meldung (siehe Abschnitt 2.3) und Neumeldung korrigiert werden.

Die Datenbausteine „Name“ (DBNA), „Geburtsangaben“ (DBGA) und „Anschrift“ (DBAN) müssen jeder Meldung mit GD = „2“ angefügt sein.

Der Datenbaustein „Name“ ist sowohl in den Meldungen der Zahlstelle als auch in denen der Krankenkasse vorgesehen. Für Namensänderungen, die sowohl von der Zahlstelle als auch von der Krankenkasse gemeldet werden können, besteht keine Dialog-Regelung. Beide müssen für sich organisieren, wie sie mit sich eventuell kreuzenden Meldungen umgehen.

Wurde eine Meldung mit GD = „2“ irrtümlich abgegeben und von der ANNAHMESTELLE nicht zurückgewiesen, muss sie durch eine Stornierungsmeldung (siehe Abschnitt 2.3) mit GD = „2“ widerrufen werden.

Wurde eine Meldung mit GD = „2“ fehlerhaft abgegeben und von der ANNAHMESTELLE nicht zurückgewiesen, ist sie nicht lediglich durch eine weitere Änderungsmeldung mit GD = „2“ korrigierbar, sondern muss durch Stornierung der ursprünglichen Meldung (siehe Abschnitt 2.3) und Neumeldung korrigiert werden; führte der Fehler zu einer Rückweisung durch die ANNAHMESTELLE ist lediglich die korrigierte Neumeldung erforderlich.

Eine Meldung mit GD = „2“ nach einer Meldung mit GD = „5“ (Vorabbescheinigung) ohne das eine Meldung mit GD = „1“ zur Bewilligung bzw. Beginn des Versorgungsbezuges vorliegt, ist nicht zulässig.

2.9 Schlüsselwechsel des laufenden VB

Als Wechsel gilt im ZMV die Fortsetzung eines laufenden VB mit einem geänderten Schlüssel. Der VB wird im Verfahren durch folgende Schlüsselkombination gekennzeichnet

- Zahlstellenummer (DSVZ/BBNRVU),
- Aktenzeichen des VB bei der Zahlstelle (DSVZ/AZVU),
- Versicherungsnummer des VBE (DSVZ/VSNR) und
- Betriebsnummer der für den VBE zuständigen Krankenkasse (DSVZ/BBNRKK).

Ändern sich durch entsprechende Vorgänge oder Umstellungen ein oder mehrere Schlüsselteile der Zahlstelle (Zahlstellenummer, Aktenzeichen des VB bei der Zahlstelle), kann dies nicht durch eine Meldung „Änderung“, sondern muss durch ein Meldepaar „Ende“ und „Bewilligung/Beginn“ übermittelt werden.

Für die Meldungen zum Wechsel gelten die Ausführungen zu den Meldungen „Ende“ und „Bewilligung/Beginn“. Der Zusammenhang zwischen beiden Meldungen wird nicht unmittelbar dargestellt. Durch die Zahlstelle muss sichergestellt werden, dass das Endedatum (DBZK/VBEN) und das Beginndatum der Fortsetzung (DBZK/VBBG) lückenlos aufeinander folgen.

Erfährt die Zahlstelle vom Wechsel der Krankenkasse durch eine Meldung der bisherigen Krankenkasse (DBKZ/GD = „6“), braucht sie ihrerseits keine Endemeldung an die bisherige Krankenkasse zu erstatten, wohl aber an die neue Krankenkasse die Meldung „Bewilligung/Beginn“.

2.10 Ende des laufenden VB

Das Ende steht im ZMV nicht nur für den letztmaligen Zeitpunkt eines laufenden VB, sondern auch für einen bedingten Wegfall (z. B. bei Ruhen in voller Höhe des Bezuges) und bei einem Schlüsselwechsel (siehe Abschnitt 1) für den Endezeitpunkt des bisherigen Schlüssels – die Fortsetzung mit dem neuen Schlüssel wird als Bewilligung/Beginn gemeldet (siehe Abschnitt 2.6). Kein Wegfall ist die Änderung des Zahlungsempfängers z. B. wegen Pfändung oder Abtretung. Dies stellt keinen Meldesachverhalt dar.

Der Meldegrund „Ende“ ist sowohl in den Meldungen der Zahlstelle als auch in denen der Krankenkasse vorgesehen. Für Endemeldungen, die sowohl von der Zahlstelle als auch von der Krankenkasse erstattet werden können, besteht keine Dialog-Regelung. Beide müssen für sich organisieren, wie sie mit sich eventuell kreuzenden Meldungen umgehen.

Erfährt die Zahlstelle vom Ende durch eine Meldung der Krankenkasse (DBKZ/GD = „6“ - „9“), braucht sie keine Endemeldung an die Krankenkasse zu erstatten. Bei einer Endemeldung der Krankenkasse wegen Kassenwechsel (GD = „6“) muss die Zahlstelle allerdings an die neue Krankenkasse eine Meldung „Bewilligung/Beginn“ abgeben.

Das Ende eines laufenden VB muss mit dem Grund (DBZK/GD) = „3“ an die für den VBE zuständige Krankenkasse gemeldet werden.

Das Beginndatum des VB (DBZK/VBBG) muss leer bleiben (= „00000000“) oder dem der vorangegangenen Meldung mit GD = „1“ entsprechen. Wird bei der Endemeldung das Beginndatum des VB mit gemeldet, darf der Beginn – ausgehend vom Erstelldatum der Meldung (DSVZ/ED) – nur in der Vergangenheit, im Erstmonat oder in einem der drei Folgemonate liegen.

Das Endedatum laufender VB (DBZK/VBEN) muss gültig übermittelt werden.

Die Höhe laufender VB muss leer bleiben (DBZK/VBBETR = „00000000“).

Die Felder zu Kapitaleistung und Beitrag zur KV und zur PV müssen leer bleiben (DBZK/KAPxxxx und /BEITRxx = „0“), da Kapitaleistung und Beiträge in Endemeldungen nicht vorkommen dürfen.

Die Datenbausteine „Name“ (DBNA), „Geburtsangaben“ (DBGGA) und „Anschrift“ (DBAN) müssen jeder Meldung mit GD = „3“ angefügt sein.

Wurde eine Meldung mit GD = „3“ irrtümlich abgegeben und von der ANNAHMESTELLE nicht zurückgewiesen, muss sie durch eine Stornierungsmeldung (siehe Abschnitt 2.3) mit GD = „3“ widerrufen werden.

Wurde eine Meldung mit GD = „3“ fehlerhaft abgegeben und von der ANNAHMESTELLE nicht zurückgewiesen, ist sie nicht durch eine Änderungsmeldung mit GD = „2“ korrigierbar, sondern muss durch Stornierung der ursprünglichen Meldung (siehe Abschnitt 2.3) und Neumeldung korrigiert werden; führte der Fehler zu einer Rückweisung durch die ANNAHMESTELLE ist lediglich die korrigierte Neumeldung erforderlich.

Eine Meldung mit GD = „3“ nach einer Meldung mit GD = „5“ (Vorabbescheinigung), ohne dass eine Meldung mit GD = „1“ zur Bewilligung bzw. Beginn des Versorgungsbezuges vorliegt, ist nicht zulässig.

2.11 Änderung der Kommunikationsdaten

Die Zahlstelle kann einen Dienstleister beauftragen, für sie den ZMV-Dialog Zahlstelle/Krankenkassen durchzuführen. Nachfolgend wird daher neutral „Meldestelle“ verwendet, wenn es die Zahlstelle selbst oder ihr Dienstleister sein kann.

Beim ZMV-Dialog Zahlstelle/Krankenkassen ist immer die für die Kassenart (zum Beispiel AOK, Ersatzkassen) zuständige Annahmestelle und der Kommunikationsserver der GKV (KomServer) zwischengeschaltet. Zahlstelle und Krankenkassen stehen in keinem direkten Dialog. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, alle Verfahrensbeteiligten je Meldedatei mit zu übermitteln, um die Kommunikation unter ihnen zu ermöglichen.

Der „Datensatz Kommunikation“ (DSKO), der in jeder Meldedatei von der Meldestelle mit übermitteln wird, steht ausschließlich der ANNAHMESTELLE zur Verfügung und wird den Krankenkassen nicht weitergeleitet.

Die relevanten Kommunikationsdaten sind:

für die Meldestelle

- die Absendernummer der kassenzuständigen ANNAHMESTELLE (VOSZ/EPNR, DSKO/EPNR)
- die Absendernummer der für den VBE zuständigen Krankenkasse (DSVZ/EPNR)

für die ANNAHMESTELLE

- die Absendernummer der Meldestelle (VOSZ/ABSN, DSKO/ABSN)
- die Adressdaten der Meldestelle (DSKO/NAME1 bis /EMAIL-AP)

für die Krankenkasse

- die Absendernummer der Meldestelle eines VB (DSVZ/ABSN)

Für die Meldungen der Krankenkassen im ZMV-Dialog Zahlstelle/Krankenkassen benötigen diese die Absendernummer der Meldestelle zu jedem VB. Diese erhalten sie erstmalig aus einer Startmeldung der Zahlstelle zum Verfahrensteilnahmebeginn, für den die Zahlstelle initiativ ist. Hat die Zahlstelle den ZMV-Dialog eröffnet, führt ihn jede so informierte Krankenkasse fort. Die Krankenkasse adressiert ihre Meldungen an die Meldestelle, die in der letzten Meldung der Zahlstelle verwendet wurde (Die DSVZ/ABSN der Zahlstellenmeldung wird zur DSVZ/EPNR der Kassenmeldung). Auch die Zahlstelle darf ab dem Startzeitpunkt nur noch im ZMV-Dialog melden, um durch parallele Meldewege die Interpretation als zusätzliche VB bei den Krankenkassen zu vermeiden. Das gilt auch für Stornierungen und Neumeldungen, sofern die ursprünglichen Meldungen maschinell übermittelt wurden.

Treten Änderungen zu den relevanten Kommunikationsdaten im DSKO ein, müssen die aktuellen an alle Annahmestellen übermittelt werden. Fallen zu diesem Zeitpunkt auch VB-Meldungen an, findet die Aktualisierung durch deren Übermittlung ohnehin statt. Fallen für eine Annahmestelle zu diesem Zeitpunkt keine VB-Meldungen an, müssen zumindest die aktuellen Kommunikationsdaten an diese ANNAHMESTELLE übermittelt werden. Dafür ist im Verfahren eine Minimaldatei vorgesehen, bestehend aus Vorlaufsatz (VOSZ), DSKO und Nachlaufsatz (NCSZ).

Wechselt die Meldestelle, muss dies von der neuen Meldestelle allen betroffenen Krankenkassen durch zumindest eine Meldung mitgeteilt werden. Dafür gelten die Ausführungen wie zum Start des ZMV-Dialogs. Dafür ist ein Meldevorgang („Pseudo-Änderungsmeldung“) spezifiziert, der es jeder Krankenkasse ermöglicht, die Verbindung Zahlstelle/Meldestelle für alle VB dieser Zahlstelle aus einer einzigen Meldung zu verwerfen, ohne dass alle VB gemeldet werden müssen.

Als DSVZ/VSNR wird die festgelegte Pseudonummer „für alle“ („0000000000“) gemeldet. Im DBZK dieser Meldung sind lediglich die beiden „N“ in KENNZST und KENNZBEIH, der GD = „2“ und das Änderungsdatum erforderlich. Der DBNA muss mit einem prüfgerechten Pseudonamen angefügt werden.

3 Rückmeldungen der Annahmestelle

Beim ZMV-Dialog Zahlstelle/Krankenkassen ist immer die für die Kassenart zuständige Annahmestelle und der Kommunikationsserver der GKV (KomServer) zwischengeschaltet. Zahlstelle und Krankenkassen stehen in keinem direkten Dialog.

Als Meldeweg steht der Meldestelle nur die Übermittlung an den KomServer zur Verfügung, der die Verteilung auf die Annahmestellen der Kassenarten übernimmt. Rückmeldungen der Annahmestellen und die Meldungen der Krankenkassen sind von der Meldestelle über den KomServer abzuholen. Bei der Anlieferung über den KomServer bestätigt dieser die Annahme unmittelbar und verteilt die Datenlieferungen an die Annahmestellen.

Die Annahmestelle prüft die ihr zur Weiterleitung übermittelten Daten. Stellt sie für sie erkennbare Fehler fest, erhält der Absender die gesamte Datei oder eine Datei mit einzelnen Meldungen mit angehängten „Fehlerbausteinen“ (DBFE) zurückgemeldet. Die katalogisierten Fehlergründe werden nach Hinweis oder Rückweisung unterschieden – bei Rückweisungsgründen unterbleibt die Weiterleitung an den Empfänger. Soweit alle Meldungen der Meldedatei von der Annahmestelle vollständig fehlerfrei weitergeleitet wurden (Verarbeitungsbestätigung), wird dies der Meldestelle mit einem dem Nachlaufsatz angefügten „Fehlerbaustein“ übermittelt.

Zu den Fehlerprüfungen und dem Fehlerkatalog wird auf das entsprechende Dokument verwiesen.

Bei den Rückmeldungen werden zur Identifikation der Datenlieferung der VOSZ, der DSKO und der NCSZ der Ursprungsdatei der Meldestelle in die Rückmeldedatei übernommen.

Rückmelde-Typ: Aufbau Rückmeldedatei (** von der ANNAHMESTELLE erstellt)

Verarbeitungs-
bestätigung (fehlerfrei): VOSZ** (VOSZ / DSKO / NCSZ + DBFE) NCSZ**

Dateiabweisung#: VOSZ** (VOSZ + n DBFE¹ / DSKO¹ + n DBFE¹ / NCSZ¹ + n DBFE¹) NCSZ**

Datensatzabweisung#: VOSZ** (VOSZ / DSKO + n DBFE¹ / n (DSVZ + n DBFE)¹ / NCSZ) NCSZ**

= -hinweis oder -abweisung (geht aus den DBFE hervor)

¹ = optional

Rückmeldungen der Annahmestelle zu Datenlieferungen der Zahlstelle und Meldungen der Krankenkassen an die Zahlstelle erfolgen immer in getrennten Dateien. Bei Rückmeldungen der Annahmestelle sind von dieser vergebene Datensatzhinweise oder -abweisungen daran zu erkennen, dass im zurückgemeldeten Datensatz das Fehlerkennzeichen (DSVZ/FEKZ) = „2“ ist.

4 Meldevorgänge der Krankenkassen

Als Abgabegründe sind für die Krankenkassen im Verfahren vorgesehen (DBKZ/GD)

1 = Rückmeldung zu Bewilligung/Beginn des laufenden Versorgungsbezugs

2 = Änderung zum laufenden Versorgungsbezug

3 = unzuständige Krankenkasse

5 = Rückmeldung zur Vorabbescheinigung

6 = Ende Meldeverpflichtung zum laufenden VB an bisherige Krankenkasse wegen Kassenwechsels

7 = Änderung zum laufenden Versorgungsbezug wegen Endes der gesetzlichen Rente

8 = Ende Meldeverpflichtung zum laufenden Versorgungsbezug wegen Endes der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung

9 = Ende Meldeverpflichtung zum laufenden Versorgungsbezug wegen Tod

Zusätzlich verfügbar ist zudem die Kennzeichnung einer Meldung als Storno einer bereits abgegebenen Meldung (DBKZ/KENNZST)

N = keine Stornierung

J = Stornierung

Mit Hilfe dieser Parameter werden die Meldevorgänge wie folgt dargestellt, wobei jede Meldung der Krankenkasse aus dem Datensatz „Datenaustausch Zahlstellen/Krankenkassen“ (DSVZ) mit den angefügten

Datenbausteinen „Name“ (DBNA) und „Meldung der Krankenkasse an die Zahlstelle“ (DBKZ) besteht. Der Datensatz Kommunikation (DSKO) ist in Meldedateien der Krankenkassen nicht vorgesehen.

4.1 Rückmeldung zur Vorabbescheinigung

Auf die Zahlstellenmeldung „Vorabbescheinigung“ eines laufenden VB muss die Krankenkasse mit den Angaben zum Versicherungsverhältnis und zur grundsätzlichen Beitragspflicht des Versorgungsbezuges antworten.

Die Rückmeldung zur Vorabbescheinigung des laufenden VB wird von der Krankenkasse mit dem Grund (DBKZ/GD) = „5“ an die Zahlstelle gemeldet.

Die Rückmeldung der Krankenkasse enthält immer die Versicherungsnummer des VBE (DSVZ/VSNR). Fehlt sie in der Meldung der Zahlstelle, kann diese sie der Rückmeldung entnehmen.

Die Rückmeldung der Krankenkasse enthält auch das von ihr für den VB vergebene Aktenzeichen (DSVZ/AZKK), das bei weiteren Meldungen im ZMV-Dialog von der Zahlstelle mit gemeldet werden muss. Die Krankenkasse meldet ihrerseits auch das Aktenzeichen zurück, das die Zahlstelle dafür vergeben hat (DSVZ/AZVU), da es Bestandteil des VB-Schlüssels ist.

Im Kennzeichen zur Beitragsabführungspflicht (DBKZ/KENNZABF) sind die Ziffern 1 bis 4 zulässig. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass die Angaben zur Beitragsabführungspflicht die zum Zeitpunkt der Rückmeldung vorliegenden aktuellen Verhältnisse abbilden.

Maßgebend ist die Angabe zur Beitragsabführungspflicht in der Rückmeldung zu Bewilligung/Beginn des laufenden VB.

Der Datenbaustein „Name“ (DBNA) muss jeder Meldung mit GD = „5“ angefügt sein.

4.2 Rückmeldung zu Bewilligung/Beginn des laufenden VB

Zur Zahlstellenmeldung „Bewilligung/Beginn“ eines laufenden VB muss die Krankenkasse zurückmelden, wie mit diesem VB bezüglich der Abrechnung und des ZMV-Dialogs verfahren werden soll. Die Zahlstelle muss die Rückmeldung überwachen.

Die Rückmeldung zu Bewilligung/Beginn des laufenden VB wird von der Krankenkasse mit dem Grund (DBKZ/GD) = „1“ an die Zahlstelle gemeldet.

Die Rückmeldung der Krankenkasse enthält immer die Versicherungsnummer des VBE (DSVZ/VSNR). Fehlt sie in der Meldung der Zahlstelle, kann diese sie der Rückmeldung entnehmen.

Die Rückmeldung der Krankenkasse enthält auch das von ihr für den VB vergebene Aktenzeichen (DSVZ/AZKK), das bei weiteren Meldungen im ZMV-Dialog von der Zahlstelle mit gemeldet werden muss. Die Krankenkasse meldet ihrerseits auch das Aktenzeichen zurück, das die Zahlstelle dafür vergeben hat (DSVZ/AZVU), da es Bestandteil des VB-Schlüssels ist.

Mit dem Kennzeichen zur Beitragsabführungspflicht (DBKZ/KENNZABF) gibt die Krankenkasse vor, ob die Zahlstelle für den laufenden VB die Beitragsermittlung und -abführung übernehmen muss und ggf. für welche Versicherungszweige (KV/PV).

Ist der VBE Freiwillig- oder Familienversicherter, ist die Beitragsabführungspflicht zu verneinen.

Soweit aufgrund einer rückwirkenden Gewährung eines Versorgungsbezuges Beiträge aus dem Versorgungsbezug für Zeiten der Familienversicherung von der Zahlstelle zu zahlen sind (§ 229 Abs. 2 SGB V), besteht von Beginn des Versorgungsbezuges an für die Zahlstelle eine Beitragsabführungspflicht. In diesen Fällen ist (auch) für den Nachzahlungszeitraum, in denen eine Familienversicherung bestand, die Beitragsabführungspflicht in der Krankenkassenrückmeldung zu bejahen (Feld „KENNZABF“ 2 – 4).

Wird die Beitragsabführungspflicht bejaht, müssen deren Beginn und ggf. der Vbmax mit übermittelt werden.

Hinsichtlich der Berechnung der Pflegeversicherungsbeiträge hat die Zahlstelle im gegebenen Altersrahmen die Elterneigenschaft des VBE sowie die Anzahl etwaiger Kinder und deren Alter zu ermitteln (§ 55 Absatz 3 SGB XI). Die Änderung der Berechnung des Pflegeversicherungsbeitrages zum Beispiel bei Veränderung der Anzahl berücksichtigungsfähiger Kinder ist kein meldepflichtiger Tatbestand; es insoweit keine Änderungsmeldungen abzugeben.

Die Beitragsabführungspflicht wird unabhängig davon bejaht, ob auch Beiträge anfallen. Sofern die monatlichen Brutto-VB eines VBE nicht mehr als 1/20 der monatlichen Bezugsgröße-West betragen, fallen keine Beiträge an. Wird dieser Grenzwert überschritten - auch nur gelegentlich (zum Beispiel durch Einmalzahlungen) - fallen für diesen Monat Beiträge an. Übersteigt der von dieser Zahlstelle gezahlte Brutto-VB nicht den Grenzwert, ist in die Beurteilung der Beitragspflicht das Kennzeichen „Mehrfachbezug“ einzubeziehen.

Die mit dem Kennzeichen zur Beitragsabführungspflicht (DBKZ/KENNZABF) übermittelten Werte sind mit einem Datum Beginn KZ Beitragsabführungspflicht (DBKZ/ABFBG), ab dem dieses Kennzeichen umzusetzen ist, zu melden.

Auch wenn das Datum Ende KZ Beitragsabführungspflicht - richtiger der Meldepflicht - zum Zeitpunkt der Beginnmeldung bereits bekannt ist, muss es hier leer sein (DBKZ/ABFEN). Das Ende ist nur in einer Endmeldung mit GD = „6“ - „9“ verwendbar.

Das Kennzeichen „Mehrfachbezug“ (DBKZ/KENNZMFB) informiert, ob der VBE über die gesetzliche Rente und den laufenden VB dieser Meldung hinaus weitere Versorgungsbezüge (anderer oder auch dieser Zahlstellen) und / oder Arbeitseinkommen bezieht. Das ist relevant, wenn die Beitragsabführungspflicht bejaht wurde und der Brutto-VB dieser Zahlstelle den Grenzwert (siehe vorstehend) nicht überschreitet. In diesem Fall ist dennoch der Beitrag zu ermitteln und abzuführen, wenn das Kennzeichen = „2“ (Ja, zusammen über „Gering-VB“) übermittelt wurde; wurde = „3“ (Ja, aber auch zusammen „Gering-VB“) übermittelt, wird der Beitrag nur bei eigener künftiger Grenzwertüberschreitung fällig.

Die Krankenkasse ist über Änderungen der Höhe des VB zu informieren (siehe Änderungsmeldung der Zahlstelle 2.5). Dies gibt sie mit dem Kennzeichen „Veränderungsmeldung“ (DBKZ/KENNZAE) „=J“ vor.

Der Datenbaustein „Name“ (DBNA) muss jeder Meldung mit GD = „1“ angefügt sein.

Wurde eine Meldung mit GD = „1“ irrtümlich abgegeben wird sie durch eine Stornierungsmeldung (siehe Abschnitt 4.3) mit GD = „1“ widerrufen.

Wurde eine Meldung mit GD = „1“ fehlerhaft abgegeben, ist sie durch eine Änderungsmeldung mit GD = „2“ nicht korrigierbar, sondern wird durch Stornierung der ursprünglichen Meldung (siehe „Abschnitt 4.3) und Neumeldung korrigiert.

4.2.1 Meldung des maximal beitragspflichtigen Versorgungsbezuges (VBmax)

Sofern die Summe aus monatlichem Versorgungsbezug/monatlichen Versorgungsbezügen und Monatsbetrag der gesetzlichen Rente die BBG übersteigt, meldet die Krankenkasse der Zahlstelle den Umfang der Beitragspflicht. In diesen Fällen wird in der Rückmeldung der sogenannte „maximal beitragspflichtige Versorgungsbezug“ (VBmax) angegeben. Eine Anpassung des VBmax erfolgt durch die Krankenkasse grundsätzlich zum 01.01. eines Jahres (Änderung der monatlichen BBG) und zum 01.07. eines Jahres (Erhöhung der gesetzlichen Rente).

Der VBmax ist bei einem Einfachbezug die Differenz zwischen der BBG und dem Monatsbetrag der gesetzlichen Rente. Bei einem Mehrfachbezug ist der VBmax die Differenz zwischen der BBG und dem Monatsbetrag der gesetzlichen Rente zuzüglich aller weiteren der Krankenkasse bekannten Versorgungsbezüge des VBE. Für die Landwirtschaftliche Krankenkasse gelten bei der Berechnung des VBmax weitere Regelungen.

Sofern der gemeldete VBmax keine Anwendung mehr findet, wird dies von der Krankenkasse durch eine Änderungsmeldung (GD 2) mit Wert VBmax 0,00 EUR angezeigt, in der kein VBmax mehr angegeben wird. Dies gilt z. B. in den Fällen, in denen aufgrund des Wegfalls eines zweiten Versorgungsbezuges der erste Versorgungsbezug in voller Höhe der Beitragspflicht zu unterwerfen ist.

Sofern der anzuwendende VBmax im Einzelfall 0,00 EUR beträgt, wird in den Meldungen der Krankenkasse zusätzlich die Angabe zur Beitragsabführungspflicht verneint (KENNZABF, Kennzeichen 1). Dies gilt z. B., sofern bei mehreren Versorgungsbezügen die Beitragsabführung auf eine Zahlstelle reduziert wird. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass Meldungen, mit denen kein VBmax gemeldet wird von Meldungen, mit denen ein VBmax in Höhe von 0,00 EUR gemeldet wird, eindeutig unterschieden werden können.

Übersteigt die Summe aus monatlichem Versorgungsbezug/monatlichen Versorgungsbezügen und Monatsbetrag der gesetzlichen Rente die BBG nicht, erfolgt von der Krankenkasse keine Meldung über den VBmax.

Um sicherzustellen, dass ab dem 1. Januar 2017 in den Fällen, in denen der VBmax keine Anwendung findet, in den Beständen der Zahlstellen der gleiche Wert (VBmax 0,00 EUR) dokumentiert ist, haben die Krankenkassen im Januar 2017 eine Änderungsmeldung in den einschlägigen Fällen mit dem Wert 0,00 EUR im Feld VBmax gemeldet.

4.2.2 Feststellung des Anspruchs auf Freibetrag bei Leistungen der betrieblichen Altersversorgung

Bezieht die Person nur eine einzelne Betriebsrente (Einfachbezug), hat die Zahlstelle den Anspruch auf den Freibetrag zu prüfen und festzustellen. Die Krankenkasse trifft hierzu in ihrer Rückmeldung keine Aussage.

Bezieht das Mitglied

- mehrere laufende Betriebsrenten,
- mehrere einmalig gezahlte Betriebsrenten,
- eine laufende Betriebsrente und eine einmalig gezahlte Betriebsrente,
- eine laufende Betriebsrente und einen laufenden/einmalig gezahlten anderen Versorgungsbezug,
- eine laufende/einmalig gezahlte Betriebsrente und Arbeitseinkommen,

ist der Status „Mehrfachbezug“ erfüllt und die Krankenkasse stellt auf Grundlage der Meldungen der Zahlstellen den Anspruch auf den Freibetrag dem Grunde und der Höhe nach fest und übermittelt das Ergebnis den Zahlstellen in der Rückmeldung.

Die Feststellung des Anspruchs dem Grunde nach erfolgt im Feld KENNZFB mit den Attributen JA, ANTEILIG und NEIN. Soweit ein anteiliger Anspruch besteht, wird zusätzlich der Anspruch der Höhe nach im Feld FB in Eurocent angegeben.

Die Krankenkasse trifft die Entscheidung, bei welchem Versorgungsbezug der Freibetrag anzuwenden ist.

Die Standardprozesse sind unter Ziffer 2.2.1 beschrieben.

Meldungen der Krankenkassen – Kapitalleistung, Kapitalabfindung

Auf Grundlage der Meldung der Zahlstelle über die Bewilligung des Versorgungsbezugs stellt die Krankenkasse den Anspruch auf einen Freibetrag dem Grunde und der Höhe nach fest und berücksichtigt diese Feststellung in einem Beitragsbescheid. Eine Rückmeldung an die Zahlstelle erfolgt nicht.

4.3 Stornierung von Meldungen

Die Stornierung einer bereits abgegebenen Meldung ist erforderlich für irrtümlich oder mit fehlerhaftem Inhalt abgegebene Meldungen – auch für vor der Teilnahme am ZMV-Dialog abgegebene.

Die Stornierung einer bereits abgegebenen Meldung wird im ZMV nicht durch einen eigenen Meldegrund gekennzeichnet. Bei Stornierung einer bereits übermittelten Meldung ist der DSVZ mit dem DBKZ mit den

ursprünglich übermittelten Daten, im Feld DSVZ/ED mit dem aktuellen Datum und im Feld DBKZ/KENNZST mit dem Kennzeichen „Stornierung einer bereits abgegeben Meldung = J“ in der aktuellen Version zu übermitteln. Sofern sich im Einzelfall auf Grund von Veränderungen – z. B. in der Höhe des Vbmax – Korrekturnotwendigkeiten ergeben, ist (sind) im Wege der Aufrollung die bereits übermittelte(n) Meldung(en) zu stornieren. Dies bedeutet, dass alle Zeiten nach der vorzunehmenden Änderung zu stornieren und ggf. neu zu melden sind. Soweit sich zwischenzeitlich Veränderungen in den Schlüsselfeldern (siehe Abschnitt 2.6) ergeben haben, sind diese grundsätzlich mit den neuen Werten zu übermitteln.

Ergeben sich hingegen rückwirkende Änderungen in den Meldungen der Krankenkassen, die ausschließlich den Vbmax betreffen, erfolgen keine Stornierungs- und Neumeldungen, sofern der Vbmax keine Anwendung findet. Soweit sich rückwirkende Änderungen in den Meldungen der Krankenkassen ergeben, die nicht nur den Vbmax betreffen, erfolgen Stornierungs- und Neumeldungen; hierbei wird in den Neumeldungen von den Krankenkassen im Feld Vbmax der Wert 0,00 angegeben, sofern der Vbmax keine Anwendung findet.

Eine irrtümlich oder fehlerhaft abgegebene Stornierungsmeldung kann selbst nicht durch eine neuerliche Stornierungsmeldung storniert werden.

Wurde eine Stornierungsmeldung irrtümlich abgegeben, muss sie durch eine inhaltsgleiche Neumeldung widerrufen und damit der ursprüngliche Meldestand wieder hergestellt werden; lediglich das Stornokennzeichen (DBKZ/KENNZST) muss = „N“ und der Erstellzeitpunkt (DSVZ/ED) aktuell sein.

Als irrtümlich abgegeben ist eine Stornierungsmeldung zu werten, die - bis auf Stornokennzeichen und Erstellzeitpunkt - eine inhaltsgleiche vorausgegangene Meldung betrifft.

Wurde eine Stornierungsmeldung fehlerhaft abgegeben, ist sie selbst nicht korrigierbar. Es muss erwartet werden, dass die Zahlstelle die fehlerhafte Stornierungsmeldung als solche erkennt und nicht berücksichtigt. Es muss lediglich die korrigierte Stornierungsneumeldung erfolgen.

Als fehlerhaft abgegeben ist eine Stornierungsmeldung zu werten, die über Stornokennzeichen und Erstellzeitpunkt hinaus keine inhaltsgleiche vorausgegangene Meldung betrifft.

4.4 Korrektur von Meldungen

Die Korrektur von Meldungen ist im ZMV kein eigener Meldegrund. Als Korrektur wird die Stornierung und Neumeldung einer zuvor irrtümlich oder mit fehlerhaftem Inhalt abgegebenen Meldung verstanden.

4.5 Änderung zum laufenden VB

Als Änderung ist im ZMV zu verstehen, dass zuvor gemeldete änderbare Daten zu einem laufenden VB bis zum Änderungsvortag bestehen bleiben, damit enden und ab dem Änderungstag (DBKZ/ABFAEN) mit neuem Inhalt gelten. Soll der vorherige Inhalt für die Vorzeit nicht bestehen bleiben, ist dafür keine Änderung, sondern die Stornierung der ursprünglichen Meldung (siehe Abschnitt 4.3) und eine korrigierte Neumeldung erforderlich.

Änderbar sind

- im Datensatz „Datenaustausch Zahlstellen/Krankenkassen“ (DSVZ) die Felder „Versicherungsnummer (VSNR)“ und „Aktenzeichen Krankenkasse“ (AZKK) – (keine separaten Meldeanlässe),
- im Datenbaustein „Meldung der Krankenkasse an die Zahlstelle“ (DBKZ) alle Felder außer „Beginn und Ende der Beitragsabführung“ (ABFBG und ABFEN) „Änderungsdatum“ (DBKZ/ABFAEN) und „Neue Krankenkasse“ (BBNRKKN),
- im Datenbaustein „Name“ (DBNA) alle Felder.

Nicht änderbar sind

- im Datensatz „Datenaustausch Zahlstellen/Krankenkassen“ (DSVZ) alle Felder außer „Versicherungsnummer (VSNR)“ und „Aktenzeichen Krankenkasse“ (AZKK),
- im Datenbaustein „Meldung der Krankenkasse an die Zahlstelle“ (DBKZ) die Felder „Beginn und Ende der Beitragsabführung“ (ABFBG und ABFEN), „Änderungsdatum“ (DBKZ/ABFAEN) und „Neue Krankenkasse“ (BBNRKKN).

Änderungen eines laufenden VB werden mit dem Grund (DBKZ/GD) = „2“ an die Zahlstelle gemeldet.

Beginn und Ende der Beitragsabführung (DBKZ/ABFBG und /ABFEN) sind durch eine Änderungsmeldung mit GD = „2“ nicht möglich zu übermitteln. Wurden sie bei einer Meldung mit GD = „1“ bzw. „6“ - „9“ fehlerhaft angegeben, muss dies durch Stornierung der ursprünglichen Meldung (siehe Abschnitt 4.3) und Neumeldung korrigiert werden.

Das Änderungsdatum des laufenden VB (DBKZ/ABFAEN), ab dem die gemeldete Änderung wirksam ist, muss nach dem Beginndatum des VB liegen. Es ist selbst nicht änderbar. Wurde es bei einer Meldung mit GD = „2“ fehlerhaft angegeben, muss dies durch Stornierung der ursprünglichen Meldung (siehe Abschnitt 4.3) und Neumeldung korrigiert werden. Muss eine Meldung mit GD = „1“ geändert werden, muss dies durch Stornierung der ursprünglichen Meldung und Neumeldung korrigiert werden.

Die neue Krankenkasse bei Kassenwechsel (DBKZ/ BBNRKKN) ist durch eine Änderungsmeldung mit GD = „2“ nicht möglich zu übermitteln. Wurde sie bei einer Meldung mit GD = „6“ fehlerhaft angegeben, muss dies durch Stornierung der ursprünglichen Meldung (siehe Abschnitt 4.3) und Neumeldung korrigiert werden.

Der Datenbaustein „Name“ (DBNA) muss jeder Meldung mit GD = „2“ angefügt sein.

Der Datenbaustein „Name“ ist sowohl in den Meldungen der Zahlstelle als auch denen der Krankenkasse vorgesehen. Für Namensänderungen, die daher sowohl von der Zahlstelle als auch von der Krankenkasse gemeldet werden können, besteht keine Dialog-Regelung. Beide müssen für sich organisieren, wie sie mit sich eventuell kreuzenden Meldungen umgehen.

Wurde eine Meldung mit GD = „2“ irrtümlich abgegeben, muss sie durch eine Stornierungsmeldung (siehe Abschnitt 4.3) mit GD = „2“ widerrufen werden.

Wurde eine Meldung mit GD = „2“ fehlerhaft abgegeben, ist sie nicht lediglich durch eine weitere Änderungsmeldung mit GD = „2“ korrigierbar, sondern muss durch Stornierung der ursprünglichen Meldung (siehe Abschnitt 4.3) und Neumeldung korrigiert werden.

4.6 Ende Meldeverpflichtung zum laufenden VB

Das Ende steht im ZMV aus Sicht der Krankenkasse für das Ende der Meldeverpflichtung zu einem laufenden VB durch die Zahlstelle; das schließt das Ende der Beitragsabführungspflicht ein, wenn diese der Zahlstelle zuvor auferlegt war. Das Ende der Meldeverpflichtung wird nach vier Gründen unterschieden, die im Feld „Grund“ (DBKZ/GD) mit = „6“ - „9“ geschlüsselt werden (siehe nachfolgend).

Der Meldegrund „Ende“ ist sowohl in den Meldungen der Krankenkasse als auch denen der Zahlstelle vorgesehen. Für Endemeldungen, die sowohl von der Krankenkasse als auch von der Zahlstelle erstattet werden können, besteht keine Dialog-Regelung. Beide müssen für sich organisieren, wie sie mit sich eventuell kreuzenden Meldungen umgehen.

Erfährt die Krankenkasse vom Ende durch eine Meldung der Zahlstelle (DBKZ/GD = „3“), braucht sie ihrerseits keine Endemeldung an die Zahlstelle zu erstatten und umgekehrt. Bei einer Endemeldung der Krankenkasse wegen Kassenwechsel (DBKZ/GD = „6“) muss die Zahlstelle allerdings an die neue Krankenkasse eine Meldung „Bewilligung/Beginn“ abgeben.

Alle Felder im DBKZ nach dem Grund müssen, mit Ausnahme des Endedatums und der neuen Krankenkasse bei Kassenwechsel, leer bleiben (Grundstellung haben).

Das Datum Ende KZ Beitragsabführungspflicht – richtiger Ende Meldeverpflichtung – (DBKZ/ABFEN) muss gültig übermittelt werden.

Der Datenbaustein „Name“ (DBNA) muss jeder Meldung zum Ende Meldeverpflichtung angefügt sein.

Wurde eine Meldung mit GD = „6“ - „9“ irrtümlich abgegeben, muss sie durch eine Stornierungsmeldung (siehe Abschnitt 4.3) mit GD = „6“ - „9“ widerrufen werden.

Wurde eine Meldung mit GD = „6“ - „9“ fehlerhaft abgegeben, ist sie nicht durch eine Änderungsmeldung mit GD = „2“ korrigierbar, sondern muss durch Stornierung der ursprünglichen Meldung (siehe Abschnitt 4.3) und Neumeldung korrigiert werden.

4.6.1 Ende Meldeverpflichtung zum laufenden VB an bisherige Krankenkasse wegen Kassenwechsels

Der Kassenwechsel erfolgt auf Initiative des VBE. Der Kassenwechsel muss durch den VBE der Zahlstelle angezeigt werden.

Das Ende der Meldeverpflichtung zum laufenden VB wegen Kassenwechsels muss von der bisherigen Krankenkasse mit dem Grund (DBKZ/GD) = „6“ an die Zahlstelle gemeldet werden.

Die bisherige Krankenkasse übermittelt in dieser Meldung zusätzlich die Betriebsnummer der neuen Krankenkasse (DBKZ/BBNRKKN).

4.6.2 Änderung zum laufenden VB wegen Krankenkassenfusion

Eine Krankenkassenfusion ist im ZMV kein meldepflichtiger Tatbestand. In der Stammdatendatei ist nach der technischen Fusion im Krankenkassenstamm der bisherigen Krankenkasse die Betriebsnummer der aufnehmenden Krankenkasse (Nachfolgekrankenkasse) hinterlegt.

Durch den Verweis von der Betriebsnummer der bisherigen Krankenkasse auf die Betriebsnummer der aufnehmenden Krankenkasse in der Betriebsnummerndatei sind die Datensätze an die Nachfolgekrankenkasse zu übermitteln. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass nach einer technischen Fusion die Nachfolgekrankenkasse die Meldungen der bisherigen Krankenkasse erhält und in den Bestand aufnimmt.

4.6.3 Änderung zum laufenden VB wegen Endes der gesetzlichen Rente

Die Änderung zum laufenden VB wegen Endes der gesetzlichen Rente muss mit dem Grund (DBKZ/GD) = „7“ an die Zahlstelle gemeldet werden.

Diese Meldung bewirkt bei der Zahlstelle lediglich die Einstellung der Beitragsermittlung und -abführung, wenn sie ihr zuvor auferlegt war. Der laufende VB selbst bleibt davon unberührt.

4.6.4 Ende Meldeverpflichtung zum laufenden VB wegen Endes der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung

Das Ende der Meldeverpflichtung zum laufenden VB wegen Endes der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung muss mit dem Grund (DBKZ/GD) = „8“ an die Zahlstelle gemeldet werden.

Diese Meldung bewirkt bei der Zahlstelle lediglich die Einstellung der Meldungen an die Krankenkasse und die der Beitragsermittlung und -abführung, wenn sie ihr zuvor auferlegt war. Der laufende VB selbst bleibt davon unberührt.

4.6.5 Ende Meldeverpflichtung zum laufenden VB wegen Tod

Das Ende der Meldeverpflichtung zum laufenden VB wegen Tod muss mit dem Grund (DBKZ/GD) = „9“ an die Zahlstelle gemeldet werden.

5 Fehlermanagement – Dialog zwischen Krankenkassen und Zahlstellen außerhalb des ZMV

Sofern die Zahlstelle den ZMV-Dialog eröffnet hat, darf ab diesem Zeitpunkt nur noch im ZMV-Dialog gemeldet werden. Sofern sich in einzelnen Fällen Fragen ergeben, können diese außerhalb des Verfahrens geklärt werden. Dies gilt zum Beispiel in den Fällen, in denen Krankenkassen Meldungen an unzuständige Zahlstellen übermitteln.

6 Ermittlung einer Versicherungsnummer durch die Zahlstelle

Die VSNR des Versorgungsbeziehers ist mit dem Abrechnungsprogramm oder einer elektronischen Ausfüllhilfe vor Abgabe der ersten Meldung bei der Datenstelle der Rentenversicherung (DSRV) elektronisch abzufragen. Eine manuelle Eingabe der VSNR (zum Beispiel auf Grundlage der Angabe in einem Erhebungsbogen) in das Abrechnungsprogramm ist grundsätzlich nicht mehr zulässig.

Eine Ausnahme besteht, sofern im Einzelfall die DSRV keine VSNR zurückmeldet. In diesen Fällen hat der Versorgungsbezieher den Versicherungsnummernnachweis der Zahlstelle vorzulegen. In diesen Fällen erfolgt eine manuelle Eingabe der VSNR auf Grundlage des Versicherungsnummernnachweises.

Sofern die DSRV im Einzelfall keine VSNR zurückmeldet und auch kein Versicherungsnummernnachweis vorgelegt werden kann, ist die Vorabbescheinigung oder die Beginn-Meldung ohne VSNR abzugeben. In diesen Fällen erhält die Zahlstelle die VSNR mit der Rückmeldung der Krankenkasse zur Feststellung der Beitragsabführungspflicht. Es ist nicht erforderlich, zur Ermittlung der VSNR die Krankenkasse zu kontaktieren.

7 Gesonderte Absendernummer

Die Adressierung von Rückmeldungen der Krankenkassen erfolgt im Zahlstellen-Meldeverfahren grundsätzlich anhand der Zahlstellenummer, welche im Feld Absendernummer verwendet wird.

Sofern eine Zahlstelle die Übermittlung und den Empfang anhand einer Absendernummer trennen will, erhält sie auf Antrag eine gesonderte Absendernummer. Eine Trennung der Bestände erfolgt entweder innerhalb der Zahlstellensoftware oder durch Verwendung von zwei unterschiedlichen Softwareprodukten. In beiden Varianten wird/werden die getrennten Abrechnungen unter Angabe der gesonderten Absendernummer(n) übermittelt.

Sofern ein Rechenzentrum mit der Übermittlung der Meldungen beauftragt wird, ist grundsätzlich keine gesonderte Absendernummer erforderlich, da eine Übermittlung dieser Stelle unter Verwendung der eigenen Absendernummer erfolgt.

Die gesonderte Absendernummer nach § 18n Absatz 2 SGB IV wird ausschließlich zum Zweck der Adressierung von Meldungen in den Feldern Absendernummer, Empfängernummer und Absendernummer-Ersteller (im Datensatz Kommunikation) verwendet.

Die Beantragung der gesonderten Absendernummer erfolgt über die elektronische Ausfüllhilfe. Sofern noch nicht vorgenommen, muss hier zunächst eine kostenlose Anmeldung/Registrierung erfolgen. Im Anschluss ist mit der zugeteilten gesonderten Absendernummer ein kostenpflichtiges Zertifikat beim Trustcenter der Informationstechnischen Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung (ITSG) zu beantragen.

Die gesonderte Absendernummer ist ein achtstelliger alphanumerischer Wert. Sie beginnt mit einem A gefolgt von 7 Ziffern, wobei die letzte Stelle als Prüfziffer für die Stellen 2 bis 6 dient. Die Prüfziffer wird dabei wie folgt gebildet:

- Die Ziffern der gesonderten Absendernummer (Stellen 2 bis 7) werden an der zweiten Stelle beginnend mit den Faktoren 1, 2, 1, 2, 1, 2 multipliziert.
- von den einzelnen Produkten werden die Quersummen gebildet.
- Die Quersummen werden addiert.
- Die Summe wird durch 10 dividiert.
- Der verbleibende Rest ist die Prüfziffer.

8 Glossar

BBG	Beitragsbemessungsgrenze
DBAN	Datenbaustein „Anschrift“ (des VBE), der einer Zahlstellenmeldung angefügt sein kann – und angefügt sein muss, wenn es sich um eine Meldung „Bewilligung/Beginn“ handelt
DBGA	Datenbaustein „Geburtsangaben“ (des VBE), der einer Zahlstellenmeldung angefügt sein muss, wenn es sich um eine Meldung ohne Krankenversicherungsnummer des VBE handelt
DBKZ	Datenbaustein „Meldung der Krankenkasse an die Zahlstelle“, der jeder Krankenkassenmeldung angefügt sein muss
DBNA	Datenbaustein „Name“ (des VBE), der sowohl jeder Zahlstellen- als auch jeder Krankenkassenmeldung angefügt sein muss
DBZK	Datenbaustein „Meldung der Zahlstelle an die Krankenkasse“, der jeder Zahlstellenmeldung angefügt sein muss
DL	Dienstleister im Auftrag der Zahlstelle
DSKO	Datensatz Kommunikation; er wird vom Dateiersteller jeder Meldedatei hinzugefügt und enthält u. a. die Kommunikationsadressen und Rückmeldewegangweisung, um der DAV die Kommunikation mit der Meldestelle zu ermöglichen
DSRV	Datenstelle der Rentenversicherung
DSVZ	Datensatz „Datenaustausch Zahlstellen/Krankenkassen“ jeder Zahlstellen- und jeder Krankenkassenmeldung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KomServer	Kommunikationsserver der GKV; eine Datendrehscheibe zwischen Meldestelle und DAV
KK / Krankenkasse	Die für die Kranken-/Pflegeversicherung eines VBE zuständige Einrichtung
KVdR	Gesetzliche Krankenversicherung der Rentner
Meldestelle	Kommunikationspartner der DAV im ZMV; die Zahlstelle selbst oder ein von ihr beauftragter Dienstleister
PVdR	Gesetzliche Pflegeversicherung der Rentner
Abrechnungsmonat	Monat, für den neben den dafür anfallenden Meldungen auch die Bestandsdaten gemeldet werden müssen.
VB	Versorgungsbezug, identifiziert durch ZS/VBE/VB-Aktenzeichen bei der ZS/Krankenkasse
VBE	Versorgungsbezugsempfänger, identifiziert durch seine Versicherungsnummer
ZMV	Zahlstellen-Meldeverfahren
ZS	Zahlstelle von Versorgungsbezügen